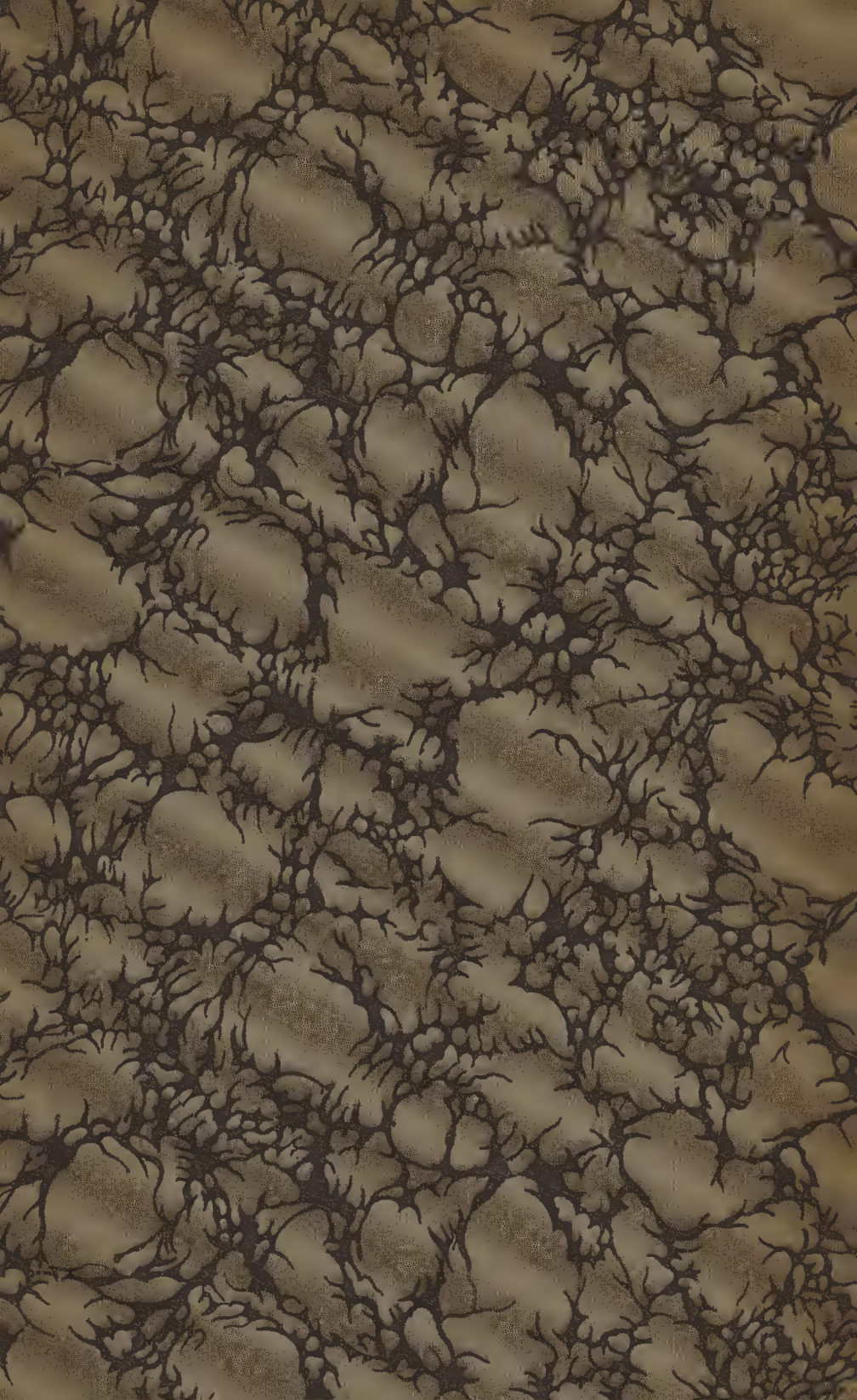


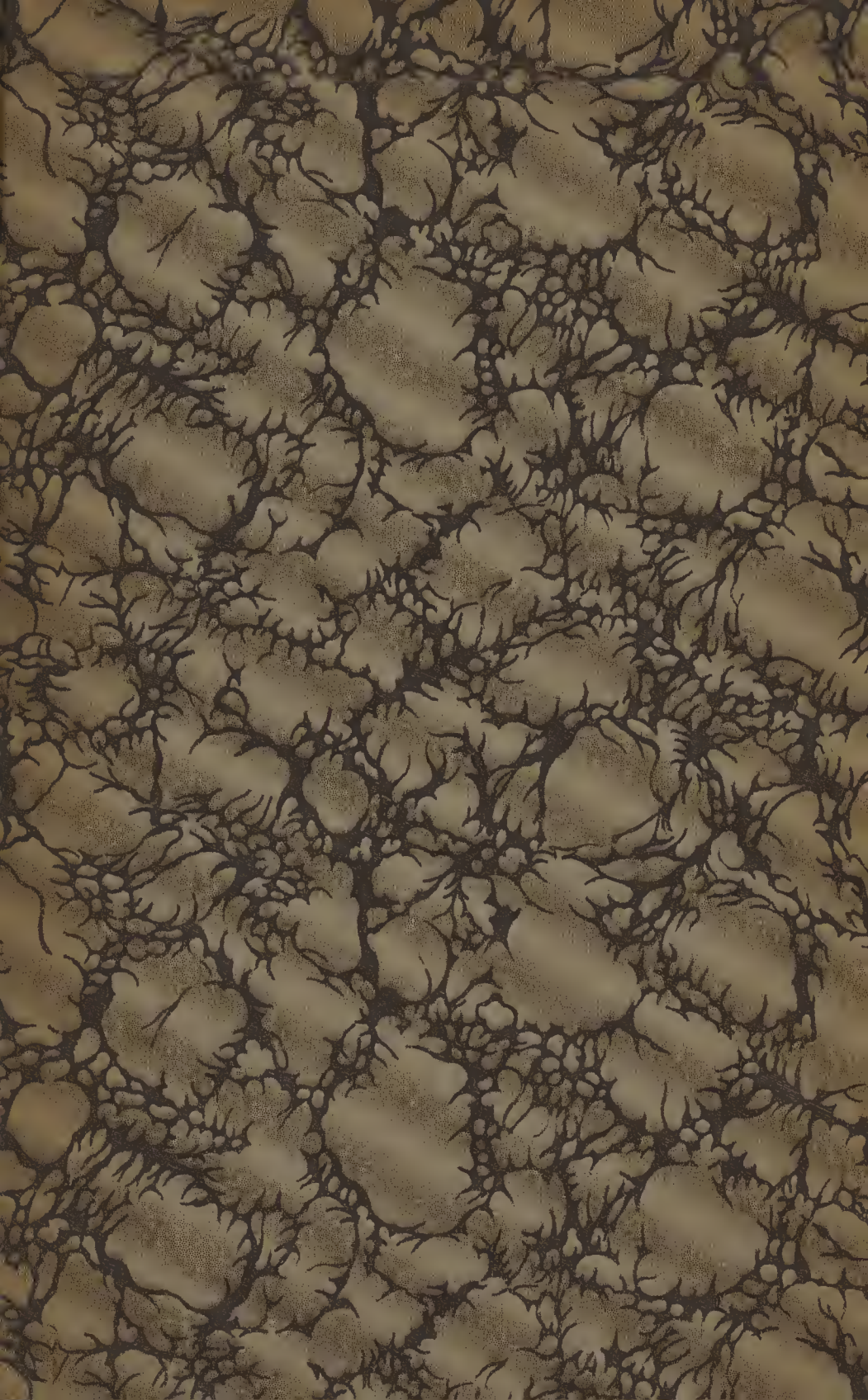
Ayez le respect des Livres

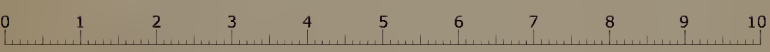
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation







132

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER



102^e Année - T. I - ~~1943~~

~~1943~~ 1944

IMPRIMERIE A. COUESLANT

(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

1, RUE DES CAPUCINS - CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS L'AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930) :

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1943)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Colonies, 260 fr. — Changement d'adresse, 1 fr.

Etranger : Tarif N° 1, 360 fr. ; Tarif N° 2, 380 fr.

Ne bénéficient du tarif réduit n° 1 que les abonnés des pays qui, conformément à la convention postale universelle de Stockholm, ont accepté une réduction sur les affranchissements des publications périodiques.

CONDITIONS DE VENTE DES COLLECTIONS :

Années 1843 à 1930

Chaque année..... 250 francs

L'année mixte 1914-1915 formant 2 volumes est en vente au prix de 250 francs.

L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte au prix de 250 francs les 2 volumes.

Les années 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1844, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises qu'avec la collection. Chacune de ces années est en vente au prix de..... 360 francs

Années 1931 à 1943

Chaque année..... 360 francs

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol..... 150 francs

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol..... 150 francs

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930). 1 vol..... 300 francs

Chacun de ces 3 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol..... 50 francs

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol..... 140 francs

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

.....
(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus)

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1944

TOME PREMIER

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, H. BEAUDOUIN, BEAUSSART,
CAPGRAS, CARRETTE, H. CLAUDE, COURBON, DELAY, Ach. DELMAS,
P. DELMAS-MARSALET, DEMAY, DUBLINEAU, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, Henri EY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD, J. HAMEL,
HEUYER, Pierre JANET, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE,
LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND, MIGNOT, PACTET,
PIÉRON, A. POROT, RAVIART, RISER, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, VERNET, VIÉ, VURPAS.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

102^e ANNÉE — 1944
TOME PREMIER

IMPRIMERIE A. COUESLANT
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)
1, RUE DES CAPUCINS — CAHORS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

102^e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1944

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
L'angiomatose encéphalo-trigéminee. Angiomes facio-corticaux avec épilepsie et troubles psychiques, par H. ROGER et P. MOURIN (de Marseille)	1
Les psychoses de la syphilis primaire et de la syphilis secondaire, par André BARBÉ	9
Le bourreau domestique et le couple conjugal. Bases cliniques d'une méthodologie « gestaltiste » en caractérologie, par J. DUBLINEAU et S. FOLLIN	21
Sur l'aphasie de l'électro-choc, par QUERCY	51
Les psychoses de la syphilis tertiaire, par André BARBÉ	97
Entrée différée, sortie différée, par H. BEAUDOUIN	119
Les méconnaissances systématiques, étude séméiologique, par J. VIÉ ..	229
Essai de radioscopie systématique en milieu psychiatrique, par D. COLOMR et M. LETAILLER	253
Psychose périodique endogène et psychose épileptique périodique, par L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA	329
Les psychoses hérédo-syphilitiques, par A. BARBÉ	348
Physiologie de l'adresse, par Paul COSSA	429
Le substratum morbide et les stades évolutifs des méconnaissances systématiques, par J. VIÉ	440
Les accidents vertébraux du cardiazol et de l'électro-choc, par M. FEUILLADE	456

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 10 janvier 1944

	Pages
Hallucinations auditives sans délire par affections neurologiques, par MM. DAVID, H. HECAEN et R. COULONJOU	139
Ictus amnésique chez une tabétique, par MM. HEUYER et ROUAULT de la VIGNE	143
▶ Paranoïa d'involution, par M. MONTASSUT et Mme J. SAUGUET	146
Deux cas de démence précoce post-traumatique, par M. MONTASSUT et Mme J. SAUGUET	151

Séance du 24 janvier 1944

Allocution de M. H. BEAUDOUIN, ancien président	156
Allocution de M. LHERMITTE, président	157
Adoption du procès-verbal	164
Correspondance	164
Prix de la Société	164
Morphologie et Psychiatrie (2 ^e note). La méthode de déviation proportionnelle et les rapports anthropométriques, par MM. J. DELAY et P. NEVEU	165
Expérience onirique, début d'un accès maniaque, par MM. L. BONNAFÉ et Fr. TOSQUELLES	168
Au sujet du test de Rorschach, par MM. L. BONNAFÉ et Fr. TOSQUELLES ..	171
La proportion psychopathologique et la typocaractérologie, par M. J. DUBLINÉAU	174
Deux cas d'état crépusculaire épileptique mnésique, par MM. L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA	178
Etude expérimentale de la mémoire et de l'attention des électro-choqués, par MM. J. DELAY et R. BINOIS	183
Perturbations de l'image corporelle dans un cas de psychose hallucinatoire chronique, par M. Cl. POTTIER	187

Séance du 14 février 1944

Considérations cliniques et anatomiques à propos d'une tumeur cérébrale, par MM. L. MARCHAND, J. RONDEPIERRE et D. COLOMB	261
Démence précoce à manifestations tardives, par MM. HEUYER et ROUAULT de la VIGNE	264
Narcolepsie, cataplexie, hallucinose avec intégration de l'expérience hallucinatoire à la personnalité, par MM. P. MALE et J. de AJURIAGUERRA	266
Un cas de forme amnésique pure de paralysie générale, par M. GUIRAUD et Mme LEULLIER	269

Analyse des troubles du langage dans une maladie de Pick, par MM. J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX	273
---	-----

Séance du 28 février 1944

Adoption du procès-verbal	277
Correspondance	277
Election d'un <i>membre titulaire</i> non résidant : M. Fr. ADAM	277
Décès de M. le Dr CALMETTES, <i>membre correspondant</i>	277
Morphologie et psychiatrie (3 ^e note). Les profils de déviation proportionnelle, par MM. J. DELAY et P. NEVEU	278
Aperçus anthropométriques sur quelques types d'anormaux caractériels, par MM. J. DUBLINEAU et GOURMELON	280
Instabilité psychique et états schizoïde-schizophréniques, étude anthropométrique, par MM. J. DUBLINEAU et GOURMELON	284
L'évolution morphologique de l'adolescent, par M. J. DUBLINEAU	286
La visite à la maison de santé, symptôme prémonitoire d'un accès maniaque, par M. MENRIOT	288
La crise tensionnelle de l'épilepsie électrique, par MM. J. DELAY, J.-L. PARROT et LUQUET	290

Séance du 13 mars 1944

Techniques morbides : exemples empruntés à des travaux féminins spontanés, par MM. J. VIÉ et R. SUTTEL	357
Epilepsie infantile à manifestations périodiques pycnoleptiques. Evolution dementielle progressive. Sclérose méningo-corticale et tubercules cérébraux multiples, par MM. L. MARCHAND et M. BRISSOT	361
Discordances passagères entre les résultats du liquide céphalo-rachidien et du liquide ventriculaire chez un paralytique général, par MM. H.-M. GALLOT, J.-F. BUVAT et P. DESCLAUX	364
Influence des régimes carencés sur le squelette et les articulations chez nos psychopathes, par MM. P.-A. CHATAGNON et J. MABON	367
Sur les résultats concordants de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-encéphalographie dans quelques psychoses. I. Incohérence verbale d'aspect schizophasique chez une paralytique générale, atrophie démontrée par l'encéphalographie et l'électro-encéphalographie, par MM. J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX	370
Délire paranoïde avec schizophasie : atrophie cérébrale révélée par l'encéphalographie gazeuse et l'électro-encéphalographie, par MM. J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX	374
Paraphrénie d'évolution ancienne : atrophie cérébrale à prédominance frontale révélée par l'encéphalographie, par MM. J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX	377
Syndrome maniaque. Inversion de l'état thymique par l'encéphalographie gazeuse. Atrophie préfrontale révélée par les pneumo-encéphalogrammes et les électro-encéphalogrammes, par MM. J. DELAY, P. NEVEU, R. LEULLIER et P. DESCLAUX	380

Séance du 27 mars 1944

Pages

Adoption du procès-verbal	382
Correspondance	382
Election de quatre <i>membres correspondants nationaux</i> : MM. CARROT, H. DU- CHÊNE, S. FOLLIN, P. GISCARD	382
Curieuses conséquences du goût de la nouveauté chez un débile men- tal, par MM. BRIAU et Cl. POTTIER	383
Sur l'efficacité remarquable des parasymphatico-mimétiques en psychiatrie infantile, par M. P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB	386
Le syndrome psychique secondaire aux lésions globales du mésodien- céphale, par MM. J. LHERMITTE et FLEURY	389
Le rôle du troisième ventricule dans le psychisme, par M. P. GUIRAUD	392
Valeur thérapeutique de l'électro-choc. Absence épileptique en psychiatrie, par MM. P. DELMAS-MARSALET et J. FAURE	399
Interprétation du syndrome acido-basique de l'électro-choc, par MM. P. DELMAS-MARSALET, L. SERVANTIE et J. FAURE	402
L'assistante sociale psychiatrique. Note préalable sur la définition et le rôle de l'assistante (médico-) sociale en général, par MM. G. DEMAY, H. BEAUDOUIN et R.-H. HAZEMANN	407

Séance du 26 avril 1944

Adoption du procès-verbal	464
Correspondance	464
Communication du Secrétaire général	464
Le délirant chronique et l'anthropométrie, par MM. J. DUBLINEAU et GOURMELON	465
La sédimentation sanguine au cours de psychoses diverses, par MM. M. HYVERT et J. HENRI-d'OLLIÈRES	468
La « proportion névrotique » et la « schizothymie » de Kretschmer, par M. J. DUBLINEAU	472
Répartition des groupes sanguins en fonction des types morphologi- ques dans un service psychiatrique, par M. J. DUBLINEAU	475
La résistance biologique et la compréhension des problèmes psycho- pathologiques, par M. J. DUBLINEAU	478

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 4 novembre 1943	294
Séance du jeudi 2 décembre 1943	295
Séance du jeudi 6 janvier 1944	482
Séance du jeudi 3 février 1944	484

Sociétés belges de Médecine mentale et de Neurologie

Pages

Séance commune du samedi 27 novembre 1943.....	191
Séance commune du samedi 18 décembre 1943.....	193
Séance commune du samedi 29 avril 1944.....	486

Groupement belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques
et Neuro-Chirurgicales

Séance du samedi 29 janvier 1944.....	298
---------------------------------------	-----

VARIÉTÉS

Académie de Médecine : Prix décernés par l'Académie en 1943.....	226
— — Prix proposés par l'Académie pour l'année 1945...	426
Assistance. — Lutte anti-tuberculeuse et assistance psychiatrique.....	225
Hôpitaux psychiatriques. — Nominations.....	223
Hygiène et prophylaxie : Assistance.....	328
— — Inauguration de l'Institut régional de psychopédagogie médico-sociale de Montpellier.....	224
— — La Société de Médecine légale de France demande une réglementation plus sévère de la délivrance du laudanum.....	327
— — Maladies épidémiques et contagieuses en France en 1942.....	225
— — Service de Prophylaxie mentale de l'Office public d'Hygiène sociale du département de la Seine	326
— — Statistique.....	327
Maisons de Santé. — Nécrologie.....	223
Nécrologie. — Z. GLORIEUX, par René CHARPENTIER.....	227
Réunions et Congrès : Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier, séance consacrée à la neuro-psychiatrie.....	224
— — Société Suisse de Neurologie : Commémoration du X ^e anniversaire de la mort de Babinski.....	223
— — Société Suisse de Psychologie, 2 ^e session.....	326
Société médico-psychologique : Séances..... 96, 222, 325, 426,	524
Université de Berne : Prix destiné à récompenser des travaux sur l'encéphalite léthargique.....	328

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES ⁽¹⁾

A

- Abcès du cerveau :** considérations sur leur traitement (MORELLE), 193.
- Accidents nerveux spontanés au cours d'une pleurésie** (R. CACHERA et G. SCHERRER), 423.
- Accidents vertébraux du cardiazol et de Pélectro-choc** (M. FEUILLADE), 456.
- Acide pyruvique (P')**, son intérêt en clinique (A. PARAF), 208.
- Acné et séborrhée :** leurs relations avec l'épilepsie (P.-L. PAGNIEZ et A. PLICHET), 423.
- Acrodynie,** altérations importantes de Pélectro-encéphalogramme, disparition après guérison (A. BAUDOUIN, J. MARIE, A. RÉMOND et H. BRICAIRE), 309.
- Acropathie ulcéro-mutilante familiale** (A. THÉVENARD), 310.
- de carence (J.-M. BERT, D. BRUNEL, S. LISSITZKY et A. DORNÉZAN), 508.
- Adie** (syndrome d') syphilitique (J. DEREUX), 308.
- Adolescent,** son évolution morphologique (J. DUBLINEAU), 286.
- Adresse (P') :** sa physiologie (P. COSSA), 429.
- Alcoolisme expérimental et polynévrite chronique** (R. LECOQ), 80.
- Algie fessière rebelle par neurofibrome radiculaire** (J. GUILLAUME, S. de SÈZE et MASSEBEUF), 483.
- Alopécies récidivantes,** avec phénomènes endocrinovégétatifs (L. van BOGAERT), 194.
- v. *polyradiculonévrite*.
- Anatomie des centres nerveux** (P. COSSA et J.-E. PAILLAS), 488.
- Anencéphales** (remarques sur deux) (ANDRÉ-THOMAS, LEPAGE et Mme SORREL-DÉJERINE), 296.
- Anévrysme artério-veineux intracranien traumatique** (F. THIÉBAUT, GUILLAUMAT et R. KLEIN), 482.
- cérébral (H. KRAYENBUHL), 66.
- Angiomatose encéphalo-trigémينية** (I') (H. ROGER et P. MOUREN), 1.
- Angiome du chiasma :** exophtalmie unilatérale (R. THUREL), 483.
- Anorexie mentale** (fausse) par rétrécissement œsophagien méconnu (SCHUERMANS et J. TITECA), 299.
- étude biologique de trois cas (J. DECOURT, Ch.-O. GUILLAUMIN, A. BRAULT et F. VERLIAC), 304.
- Anthropométrie** (le délirant chronique et P') (J. DUBLINEAU et GOURMELON), 465.
- Anthropométriques** (aperçus) sur quelques types d'anormaux caractériels (J. DUBLINEAU et GOURMELON), 230.
- (Étude) : instabilité psychique et états schizoïde-schizophréniques (J. DUBLINEAU et J. GOURMELON), 284.
- v. *Morphologiques*.
- Anxiété hypothalamique** (J. DELAY et Mlle JOUANNAIS), 296.
- Aphasie de Pélectro-choc** (QUERCY), 51.
- Arachnoïdite** (H. ROGER et J.-E. PAILLAS), 497.
- Arsénicisme (P')** professionnel (A. FEIL), 86.
- Arséniémie** dans le traitement de la syphilis (VANHAECCKE, A. BRETON et GUIDOUX), 510.
- Artériosclérose cérébrale** en rapport avec un accident, expertise d'un cas (B. DUKOR), 522.
- Arthropathie nerveuse,** sur un cas (LEPENNETIER et MORIN), 310.
- Assistance sociale** psychiatrique, définition et rôle de l'assistante (médecin) sociale en général (G. DEMAY, H. BEAUDOUIN et R.-H. HAZEMANN), 407.
- Association libre** (méthode de P') (M. PULPAS), 200.
- Assurances** (des) et Péthique de la santé (BALLY), 86.
- sociales : essai sur une théorie de leur intervention dans le domaine de la santé et du bien-être (R.-H. HAZEMANN), 520.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

Asthmatique (action de l'électro-choc dans un état de mal) (J. DEGOURT, A. PLICHET et R. GORIN), 324.

Atrophie cérébrale présénile diagnostiquée par encéphalographie. Psychose après asphyxie (FROMENTY et LERMAN), 198.

— progressive : maladie de Pick probable (P. MOLLARET et R. MESSIMY), 413.

B

Bacille de Koch, recherche dans le liquide céphalo-rachidien (J. BRETEY), 79.

Basedow (maladie de), sa chirurgie et le problème des psychoses thyroïdiennes (H. WELTI et G. LAPEYRE), 81.

—, manifestations oculaires peu connues (H. WELTI et G. OFFRET), 83.

—, traitement par thyroïdectomie subtotale : action de la première lobectomie sur la structure du second lobe thyroïdien (G. BIZARD et P.-J. GINESTE), 504.

Basedowienne (Exophtalmie) maligne post-opératoire ; exophtalmies expérimentales par hormone thyroïdienne (G. LAROCHE et Y. BARRÉ), 82.

— (Exophtalmie) maligne (H. WELTI et G. OFFRET), 82.

Basedowiens (les syndromes) (G. LAROCHE), 504.

Béribériques (Neuromyélomes) (A. AUTRESILO), 70.

Binet et Simon (test de), ses paradoxes (R. ZAZZO), 302.

Bordet-Wassermann (réaction de). Esquisse d'une technique rationnelle (L. GIRAULT-ERLER), 79.

Botulisme, symptomatologie nerveuse (ALAJOUANINE, THUREL et DURUT), 294.

Bourreau domestique (le) et le couple conjugal (J. DUBLINÉAU et S. FOLIN), 21.

Buveurs, leur placement, rééducation et surveillance (J. DUBLINÉAU), 214.

C

Cachexie (la) de type hypophysaire avec hyperglycémie (E. MAT), 506.

Calcul des probabilités (vers une nouvelle forme de) (PIUS SERVIEN), 314.

Cancéreux (Dégénérescences cérébelleuses latentes chez les) (I. BERTRANU et Mme GODET-GUILLAIN), 77.

Caractériels (sur quelques types d'aromaux). Aperçus anthropométriques (J. DUBLINÉAU et GOURMELON), 280.

Cardiazol (le fond d'œil au cours des crises provoquées par le) (EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et CAZAL), 422.

— (accidents vertébraux du) et de l'électro-choc (M. FEUILLADE), 456.

Carence. Influence des régimes carencés sur le squelette et les articulations de nos psychopathes (P.-A. CHATAGNON et J. MABON), 367.

Catalepsie (sur un cas de) (DROUET et J. GIRARU), 424.

Céphalée pulsatile par dilatation de la corne frontale du ventricule (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 483.

Certificat préruptial (à propos du) (RÉDERER), 85.

Choc (thérapeutiques de) (Recherches sur le cours de la maladie et la parenté des schizophrènes résistant au) (S. SIEGFRIED), 218.

— (Personnalité prépsychotique des schizophrènes résistant au) (P. RANIER), 218.

Cholestérinose cérébrale, un cas, étude anatomo-clinique (G. GUILLAIN, I. BERTRAND, Mme GODET-GUILLAIN), 77.

Chorée et rhumatisme (B. PAULIAN, S. LAZARESCU et M. CHILIMAN), 71.

— fibrillaire avec troubles mentaux d'allure korsakovienne dans la septicémie puerpérale (CHAVANY et RAIMBAULT), 198.

Choréo-athétose (hémi-) consécutive à une encéphalopathie post-vaccinale (G. BOUDET, J. BALMES, R. SARRAN et H. SOUCHON), 419.

Chronaxie de constitution des neurones moteurs du cortex cérébral (A. CHAUCHARD et Mme P. CHAUCHARD), 80.

Colibacillaire (nouvelles remarques sur les localisations nerveuses de la neurotoxine) (H. VINCENT), 419.

Comitiales (Problème psychologique des fugues) (HARTENBERG), 198.

Commotion (sur la) médullaire simple (J.-A. BARRÉ), 483.

Compression bulbaire par l'apophyse odontôide de l'atlas fracturé (ÉCOTORS), 191.

— du cône terminal et de la queue de cheval par hernie discale et arachnoïdite (P. NICAUD, A. LAFITTE et R. KLEIN), 501.

— médullaire au cours d'une maladie de Hodgkin (G. HEUVER, J. LHERMITTE et J. de AJURIAGUERRA), 464.

Conception du monde et âge (A.-L. VISCHER), 76.

— (psychothérapie et) (C.-G. JUNG), 88.

Constantin l'Africain et l'anatomophysiologie des centres nerveux (M.-A. SOUQUES), 300.

Constitution (méthodes chimiques d'investigation de la) et des maladies (E. KRETSCHMER), 503.

Contagion familiale (psychose à thème de revendication par) (HAMEL et JACQUEL), 304.

Convulsions provoquées par le triazol (action modératrice sur les); curarisation par le sulfate de magnésium (M. MONNIER et F. WENGER), 221.

Convulsivothérapie (Absès pulmonaire au cours de la); pathogénie et prévention (J. TITECA), 298.

— (Rôle de la) sur l'évolution des psychoses réactionnelles (J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. POOSE et J. REYNAUD), 323.

Cranio-pharyngiome et tumeur du troisième ventricule associés (R. KLEIN), 482.

Crises diencéphaliques et crises épileptiques pubérales (J.-A. BARRÉ), 424.

— nerveuses, réflexes d'origine auriculaire (BARRÉ), 297.

— pseudosyncopales ou cataplectiques d'origine névropathique chez des enfants de 2 à 5 ans (Cl. LAUNAY et Mme BOBEL-MAISONNY), 424.

Curarisation (la) par le sulfate de magnésium. Action modératrice sur les convulsions provoquées par le triazol (M. MONNIER et F. WENGER), 221.

(D

Débile (Curieuses conséquences du goût de la nouveauté chez un) (R. BRIAU et Cl. POTTIER), 383.

Délikant (le) chronique et l'anthropométrie (J. DUBLINEAU et GOURMELON), 465.

Délire paranoïde avec schizophasie, atrophie cérébrale révélée par encéphalographie et électro-encéphalographie (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX), 374.

Démence précoce à manifestations tardives (HEUYER et ROUAULT de la VIGNE), 264.

— post-traumatique, deux cas (MONTASSUT et Mme J. SAUGUET), 454.

Diabète insipide et diabète sucré après traumatisme crânien (HARVIER, B. DESPLAS et P. FROMENT), 223.

— insipide post-traumatique. Kyste arachnoïdien de la région opto-chiasmatique, guérison (R. KOURILSKY, M. DAVID, J. SICARD et J.-J. GALEY), 223.

Diphénylhydantoïne (Action cardio-vasculaire dépressive de la) et de son dérivé sodique par injection intraveineuse (A. BAUDOUIN et R. HAZARD), 91.

— (étude de la) et de quelques hydantoïnes bisubstituées (R. TIFFERNEAU et Mlle BEAUVALLET), 511.

Diphénylhydantoïne de soude. Stomacalite (A. PLICHET, P. HENNON et N. GIRAUD), 511.

— v. *Epilepsie*.

Dissolutions du langage dans la maladie de Pick (J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX), 484.

Dysphagie (la) du premier temps, l'apapactophagie (LHERMITTE et NE-MOURS-AUGUSTE), 305.

E

Electro-choc (Biologie et psychologie). v. *Choc*.

v. *Convulsivothérapie*.

Signes pyramidaux au cours de l'épilepsie provoquée par l'électro-choc (L. MICHAUX, R. LACOURBE et R. LOYEAU), 307.

La formule sanguine du post-électro-choc (J. DELAY et SOULAIRAC), 78.

Le syndrome humoral du post-électro-choc (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 78.

Interprétation du syndrome acidobasique de l'électro-choc (DELMAS-MARSALET, L. SERVANTIE et J. FAURE), 402.

Sur l'aphasie de l'électro-choc (QUERCY), 51.

Etude expérimentale de la mémoire et de l'attention des électro-chocqués (J. DELAY et R. BINOIS), 482.

Electro-choc et diencéphale (J. DELAY), 317.

Syndrome sympathique de l'électro-choc (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 317.

Courbes de la tension artérielle au décours de la crise convulsive de l'électro-choc (J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSCH, R. REYNAUD), 318.

Modifications du liquide céphalo-rachidien après l'électro-choc (LABORCAHÉ, BECC, MARTIN et REY), 318.

Variations du calcium et du phosphore minéral sanguins après électro-choc (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 318.

Hyperprotidémie de l'électro-choc (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 319.

Acidose de l'électro-choc (J. DELAY et A. SOULAIRAC), 319.

Sur les modifications de la mémoire au cours du traitement par électro-choc; modifications de l'attention par électro-choc (J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSCH, R. REYNAUD), 323.

Fond d'œil et électro-choc (EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et R. CASTAGNÉ), 323.

Electro-choc (Incidents et accidents).

Les accidents de l'électro-choc (J. DELAY, Ch. DURAND et L. VIDART), 220.

Les abcès du poulmon, complication majeure de l'électro-choc (PERRET et J. NESPOULOUS), 324.

Accidents vertébraux du cardiazol et de l'électro-choc (M. FEUILLADE), 456.

Electro-choc. Résultats.

Valeur thérapeutique de l'électro-choc, l'absence épileptique (P. DELMAS-MARSALET et J. FAURE), 399.

Rôle de l'électro-choc dans la régulation affective de la vie psychique (J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, H. BOSCH et R. REYNAUD), 318.

A propos de 400 électro-chocs (J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, E. FASSIO, R. BOSCH, R. REYNAUD), 322.

A propos de l'électro-choc, technique, résultats, mécanisme (R. COURJON), 324.

Action de l'électro-choc dans un état de mal asthmatique (J. DECOURT, A. PICHET et R. GORIN), 324.

Utilisation de l'électro-choc dans le diagnostic de l'épilepsie (PERRET et NESPOULOUS), 422.

Sur le traitement des psychoses par l'électro-choc (P. GRIMALDI), 492.

Electro-choc. Technique.

Le traitement des apnées de l'électro-choc (J. DELAY, Ch. DURAND, L. VIDART et J. BOIRBAUD), 220.

Electro-choc. Théorie.

Les modes d'action de l'électro-choc (J. DELAY, NEVEU et DESHAIES), 219.

L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction (DELMAS-MARSALET), 64.

L'action « déchargeante » de la crise convulsive (à propos du psychodynamisme dans les guérisons par l'électro-choc) (J. FLETSCHER), 217.

Electro-choc et diencéphale (J. DELAY), 219.

Electro-diagnostic classique (la mesure en) (DELHERM et MION), 204.

Electro-encéphalographie (Diagnostic de l'épilepsie par P) (A. BAUDOUIN), 421.

— v. *Pneumo-encéphalographie*.

Electro-nystagmographie (A. BAUDOUIN et R. CAUSSÉ), 297.

Encéphalites (les) (J. LÉPINÉ), 303.

— hémorragique primitive, deux cas (G. MARTINOFF et K. KORGK), 67.

— malacique et endocardite maligne chez un enfant de 3 ans (R. POINSON, A.-M. RECORDIER, J.-E. PAILLAS et M. LUMBROSO), 496.

— morbilleuse, cinq cas (L. CHRISTAENS et BALEZEAUX), 418.

— otogènes non suppuratives (R. ROCHÉ), 492.

— paratyphoïdique à forme myoclonique (G. GIRAUD et LANTHEAUME), 47.

— psychosique aiguë azotémique d'origine ourlienne (DESBUTTOIS), 198.

— tuberculeuse terminale de type inflammatoire au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë (J. VIDAL, FOURCADE et Mlle GIRARD), 417.

— zonateuse, guérison par les sulfamides (J. DEREUX), 514.

Encéphalite typhoïdique, aspects cliniques : formes extra-pyramidales (M. JANBON et J. CHAPTAL), 414.

—, aspects cliniques : formes psychosiques (M. JANBON et J. CHAPTAL), 415.

—, aspects cliniques : formes à expression méningée (M. JANBON et J. CHAPTAL), 415.

— extrapyramidale, étude clinique et histo-pathologique (M. JANBON, J. CHAPTAL, P. CAZAL et J. ANDREANI), 416.

—, forme hypertonique, rôle des sulfamides (J.-A. CHAVANY, E. BODET, J. RAMBAUD), 414.

Encéphalitique (troubles de la conduite chez un) (G. HEUYER et P. DESCLAUX), 523.

Encéphalo-myéélite vaccinale, un cas (G. GIRAUD, R. BERNARD, M. SANSOT et S. MOUREN), 419.

Encéphalopathie post-vaccinale, v. *Choro-athétose*.

Encéphalose azotémique à forme catatonique, guérison par rechloration (J. DELAY), 509.

Enfance anormale : conditions générales d'assistance et de traitement, adaptation sociale des enfants irréguliers (J. DECHAUME et P.-F. GIRARD), 211.

— anormale : v. *Tutelle*.

— malheureuse : sa genèse (J. ERZIÈRE), 210.

Enfant. Plus d'enfants dégénérés (G. d'HEUCQUEVILLE), 492.

Entrée (à l'hôpital psychiatrique). Entrée différée, sortie différée (H. BEAUDOUIN), 419.

Ependymome du septum lucidum (van LAERE), 191.

Ependymite (?) granulomateuse (Ed. PATRY), 306.

Epilepsie. Formes et signes.

— cardiaque, formes frustes (Ed. DUMER), 68.

— du moignon, un cas (DAVID et CARROT), 294.

— (image radiologique pulmonaire fugace au cours de P) (A. BURON et M. FONTAN), 423.

— infantile, manifestations périodiques pyknoleptiques, démence, sclérose méningo-corticale et tubercules

cérébraux multiples (L. MARCHAND et M. BRISSOT), 361.

— réflexe (ANDRÉ-THOMAS), 294.

— réflexe après stélectomie (BROUSTEL et J. FAURE), 68.

— tardive après lésion cérébrale par balle (A. STAHELIN), 69.

— et signes pyramidaux déficitaires (J.-A. BARRÉ), 421.

Epilepsie expérimentale.

— électrique : la crise tensionnelle (J. DELAY, J.-L. PARROT et LUQUET), 290.

Epilepsie. Pathogénie.

—, ses relations avec l'acné et la séborrhée (P.-L. PAGNIEZ et A. Plichet), 423.

— ses origines (J.-A. COMBY), 420.

— sur sa pathogénie (RISER, GAYRAL, GÉRAUD et Mlle LAVITY), 420.

Epilepsie. Diagnostic.

—, diagnostic par l'électro-encéphalographie (A. BAUDOUIN), 420.

—, utilisation de l'électro-choc pour le diagnostic de l'épilepsie (PERRET et NESPOULOS), 422.

Epilepsie. Traitement.

— au point de vue neuro-chirurgical (J. GUILLAUME et Ch. RIBADEAU-DUMAS), 91.

—, sur son traitement par la diphénylhydantoïne (A. BAUDOUIN et A. RÉMOND), 91.

Epileptique (accident) avec aura apraxique, tubercule pariétal gauche (CHAVANY, F. THIEBAULT et WOLINETZ), 484.

— (crises) et crises diencephaliques pubérales (J.-A. BARRÉ), 424.

— (Etat crépusculaire) mnésique, deux cas (L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA), 178.

— (Etat de mal) guéri par injection d'air par voie lombaire (LÉGER et PERREAU), 511.

— (psychose périodique endogène et psychose périodique (L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA), 329.

—, v. *comitiales*.

Evénements actuels, leur influence sur la pathologie (A. PARAF), 322.

Exophtalmies (quelques faits peu connus concernant les) (G. OFFRET), 504.

F

Familiale (maladie) montrant la transition entre la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie érébelleuse et la paraplégie spasmodique familiale (G. GUILLAIN et A. GROSSIORD), 498.

Foi religieuse et connaissance philosophique (à propos de HEGEL : Glauben und Wissen) (J.-R. BADELLE), 312.

Friedreich (maladie de) (L'électro-encéphalogramme dans la) (GUILLAIN, I. BERTRAND, J. GODET et J. GRUNER), 309.

G

Glorieux (Z.). Nécrologie (René CHARPENTIER), 227.

Goitre (H. WELT), 516.

— exophtalmique, quelques considérations (BRÉMOND), 516.

Groupes sanguins, leur répartition en fonction des types morphologiques (J. DUBLINEAU), 475.

H

Hallucinations auditives sans délire par affections neurologiques (DAVID, H. HEGAEN et R. COULONJOU), 439.

Hallucinoze (cataplexie, narcolepsie) avec intégration de l'expérience hallucinatoire à la personnalité (P. MALE et J. de AJURIAGUERRA), 266.

Hématome (l') sous-dural traumatique (R. THUREL), 222.

Hémiatrophie faciale progressive : un cas avec états synopaux et androgynomorphisme (M.-O. WOLFF et M.-L. WEBER), 70.

Hémihyperextensibilité (l') musculaire (ANDRÉ-THOMAS), 200.

Hémiplégie spastique stabilisée, rééducation (KLEYNTJENS), 193.

Hémorragies (les) des pédoncules cérébraux (J. LHERMITTE), 222.

Hérédo-syphilis (l') au crible de la maternité (FRÜHNSHOLZ), 85.

Hérédo-syphilitiques (les psychoses) (A. BARBÉ), 348.

Hermaphroditisme expérimental, l'embryogénie des organes génitaux (A. VANDER), 506.

Hodgkin (maladie de), paraplégie, guérison (KLEYNTJENS et KETTENMEYER), 193.

Hormonales (thérapeutiques), bases biologiques, indications, dangers (R. KEHL), 516.

Hormones et vitamines, sur l'antagonisme thyroxine-vitamine B1 (G. MOURIQUAND, J. COISSARD et Mme EDEL), 508.

— (implantation sous-cutanée d') (HUET J.-A.), 85.

— sexuelles et troubles mentaux (A. SOULAIRAC), 84.

Hygiène mentale (essai sur l') (J. DECHAUME, P.-F. GIRARD et Cl. KOHLER), 209.

Hyperfolliculinisme (céphalée par), traitement par le corps jaune (GINESTE et MERLIN), 507.

Hypersomnie rythmée par les règles, un nouveau cas (LHERMITTE, HECAEN et BINEAU), 296.

Hypoglycémie (crises comitiales par) spontanée (G. HEUYER et DESCLAUX), 307.

Hypoglycémique (coma) spontané, étude de anatomo-clinique (LHERMITTE et J. SIGWALD), 307.

Hypotension intracrânienne (I'), étude clinique et thérapeutique (P. PUECH, P. PERRIN et A. KOEHLIN), 201.

— (le syndrome d'), contribution neuro-chirurgicale (D. MAHOUEAU), 201.

I

Image corporelle, ses perturbations dans un cas de psychose hallucinatoire chronique (Cl. POTTIER), 487.

Incontinence d'urine et spina bifida occulta (PERRIN), 512.

Infiltration stellaire (mécanisme de la mort après) : probabilité d'injection intra-rachidienne (L. LANGERON), 93.

Instabilité psychique et états schizoïdo-schizophréniques, étude anthropométrique (J. DUBLINEAU et J. GOURMELON), 384.

Instinct maternel chez les déséquilibrées, ses perturbations (A. GEVAUDAN), 491.

Insulino et convulsivothérapie (5 ans de) chez 210 malades, résultats immédiats et catamnèse (R. CHAPUIS), 216.

Internement (Publicité importune de l') dans les ventes sur licitation (G. DAUMÉZON et L. CASSAN), 523.

Involution (paranoïa d') (MONTASSUT et Mme J. SAUGUET), 446.

J

Jacksoniennes (crises) d'origine réflexe (Hans STRAUSS), 68.

Jumeaux monozygotes en miroir, étude psychologique et motrice (R. TURPIN, Mlle TISSERAND et R. ZAZZO), 425.

K

Kojewnikow (syndrome de), séquelles d'encéphalopathie infantile (MICHAX, GALLOR et Mlle GRANIER), 295.

Kyste colloïde du troisième ventricule, rupture dans le noyau coulé et la capsule interne (Ch.-P. LARSON), 67.

— dermoïde de l'étage moyen de la base, ablation (F. THIÉBAULT et R. KLEIN), 486.

— séreux géant de la convexité (CHAVANY, PLUVINAGE et FELD), 296.

— v. *Diabète*.

L

Langues (à propos de trois) artificielles chez une paranoïaque (J. BOBOX), 487.

— v. *Pseudo-glossolalie*.

Lipides (sur les) et les lipoides dans le sérum des syphilitiques (A. NANTA, D. VINCENT, A. BAZEX et M. ROURE), 208.

M

Macrogénitosomie précoce : deux cas (A. BAUDOUIN et PUECH), 484.

Maladie post-opératoire, sa signification (J. GOSSET et J. DELAY), 316.

Maniaque (symptôme prémonitoire d'un accès) : la visite à la maison de santé (MEURIOT), 288.

— (syndrome), atrophie préfrontale révélée par pneumo et électro-encéphalographie (J. DELAY, P. NEVEU, R. LEULIER, P. DESCLAUX), 379.

Mathématiques, sur leur application au monde sensible (J. LAPORTE), 313.

Médico-psychologique (Société).

— Allocution de M. H. BEAUDOUIN, ancien président, 156.

— Allocution de M. LHERMITTE, président, 157.

— Décès (M. CALMETTES), 277.

— Election de membres correspondants nationaux (MM. CARROT, H. DUCHÈNE, S. FOLLIN, P. GISCARD), 382.

— Election d'un membre titulaire non résidant (M. Frantz ADAM), 277.

Médullaire (Affection) et bulbaire avec méningite, obéissant au traitement salicylé (P. BEHAGUE), 203.

Méconnaissances systématiques (les). Etude séméiologique (J. VIÉ), 229.

— Substratum morbide et stades évolutifs (J. VIÉ), 340.

Méningiome de la troisième frontale (L. ÉCROUS), 298.

— en plaque de la grande aile du sphénoïde (RICARD et DEVIC), 497.

— en plaque du pléion (F. THIÉBAULT, R. KLEIN et LE JEMTEL), 482.

— volumineux avec aphasie de l'écaïlle occipitale, guérison (J. GUILLAUME et MASSEBÈUF), 484.

Méningite morbilleuse épidémique (A. LEDOUX), 418.

— pneumococcique : dérèglement végétatif intense consécutif (RISER, GAYRAL et RUFFIÉ), 419.

- à pneumocoques guérie par la sulfapyrimidine après échec des sulfamides classiques (R. MARTIN, B. SUREAU, N. BONCART et P. BABOËT), 514.
- purulentes : conduite à tenir (M. JANBON), 513.
- tuberculeuse de l'enfant, sa fréquence actuelle (J. TROISIER et Mme LAMOTTE-BARRILLON), 417.
- varicelleuse prééruptive (DECORNYNER), 418.
- Méningococcie.** Première manifestation : néphrite aiguë (J.-J. D'BARRY, VERGER et MOULIES), 69.
- Méningo-encéphalite** (12 cas de) contagieuse et épidémique à Vitry-le-François en été 1942 (COCHÈME), 297.
- Mésencéphale-diencephale.** Le syndrome psychique secondaire aux lésions globales du mésodiencephale (J. LHERMITTE et FLEURY), 389.
- (relations entre le) et la motricité, état des études expérimentales (BARTORELLI), 66.
- Mésencéphalo-sous-thalamique** (syndromes du carrefour) (P. BOULIER et P. CAZAL), 496.
- Métastase** en plaque de l'aile du splénoïde (DUMONT), 192.
- Migraine**, traitement par artériotomie temporale (R. MASSART), 92.
- traitement par infiltrations autour de l'artère temporale (R. FONTAINE), 519.
- Morphologie et psychiatrie** : méthode de déviation proportionnelle et rapports anthropométriques (J. DELAY et P. NEVEU), 165.
- et psychiatrie : les profils de déviation proportionnelle (J. DELAY et P. NEVEU), 278.
- Morphologique** (l'évolution) de l'adolescent (J. DUBLINEAU), 286.
- Répartition des groupes sanguins en fonction des types morphologiques (J. DUBLINEAU), 475.
- v. *Anthropométrie*.
- Mouvements** (rôle des) dans le mécanisme de la pensée (H. ROGER), 72.
- Myalgie** de Bornholm avec signes neurologiques (J. DAGNÈZE), 486.
- Myasthénie** avec steppage et pseudo-signe de Babinski (R. GARCIN, M. KIPFER, HONDART et CARLOTTI), 485.
- Myélite** dissociée à la suite d'un zona (A. POIRIER et A. GRIMBELLE), 70.
- Myxœdème** (Épanchements des séreuses dans le) (A. NETTER et TIBET), 83.
- sénile par syphilis tertiaire du corps thyroïde (J.-E. PAILLAS), 505.
- Nanisme** brachymélique et puberté précoce (J. DECOURT et J. GUILLEMIN), 507.
- Nanosomie** pseudo-achondroplasique malformations multiples des quatre segments distaux (L. CORNIL, L. GLEIZE-RAMBAUD et M. SCHECHTER), 78.
- Narcolepsie**, cataplexie, hallucinose avec intégration de l'expérience hallucinatoire à la personnalité (P. MALE et J. de AJURIAGUERRA), 286.
- Nervosité infantile** : son traitement (M. PÉHU), 214.
- Neuro-épithéliome** du sciatique (LAINEL-LAVASTINE, LHERMITTE et COCHÈME), 296.
- Neurogliomatose** à localisations médullaires et cérébrales simultanées (G. PERRET), 492.
- Neuro-œdémateux** (syndrome) (le) chez l'adulte, névralgie diffuse à marche lente (CHAVANY et FELD), 308.
- (sur une autopsie de) (J. LHERMITTE, J. MARIE et J. de AJURIAGUERRA), 315.
- Névralgie** post-morbillieuse, formes basales : paraplégie, sciatique radiculaire (JANBON, J. CHAPTAL, J. ANDREANI et H. LATOUR), 418.
- Névrite optique** atrophique par sulfamidothérapie (LAEDERICH, MONBRIEN, Mme DEBAIN et M. LANGE), 94.
- syphilitique : son traitement arsenical (NANTA et BAZEN), 93.
- syphilitique de type atrophique, son traitement (FRISER, DUCING, COUDEAUX et GÉRALD), 94.
- Novarsénobenzol** (cas de mort par) (GOUGEROT, DUPERRÉ, BRault et PIGNET), 509.
- (cas de mort par) (DEGOS, DELORT et CAPRON), 510.
- (cas de mort par) (Ch. FLANDIN, Mlle SAINT-CÈNE, E. FLANDIN et CHAPUIS), 510.
- Novocaïne** intraveineuse (VAN RAECKE, A. BRETON et GUIDOUX), 517.
- intraveineuse dans les comas prolongés consécutifs à l'intoxication oxygénée (L. JUSTIN-BEZANÇON et C. LAROCHE), 518.

- Olfaction.** Son examen en clinique neurologique (G. GILLAIN et R. MESSIMY), 494.
- Onirique** (expérience), début d'un accès maniaque (BONNAFÉ et TOSQUELLES), 168.
- Onychophagie** (l'), contribution à l'étude de la pathologie de la personnalité (J. BOVER), 496.

Orientation professionnelle et troubles mentaux (J. ALLIEZ et Mlle J.-M. JAUD), 77.

Ostéite fibro-kystique localisée à une vertèbre (SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE), 295.

Oxycarboné (coma) avec hyperthermie prolongée, étude anatomo-clinique (J. BEZANÇON, I. BERTRAND et F. PERGOLA), 315.

P

Papille de stase et glaucome (Mme C. BEGAUX et J. TITEGA), 298.

— v. *Stase papillaire*.

Paralysie ascendante aiguë (maladie de Landry), étude clinico-pathologique (M.-W. THORNER, B.-J. ALPERS et J.-C. YASKIN), 69.

Paralysie des nerfs auditifs, brusque, complète et durable (G. GUILLAIN et M. AUBRY), 494.

Paralysie générale. Un cas de forme amnésique pure (P. GUIRAUD et Mme LEULIER), 269.

—, discordance passagère entre les liquides céphalo-rachidiens et ventriculaire (J.-M. GALLOT, J.-F. BUVAT et P. DESCLAUX), 364.

—, incohérence verbale schizophasique, atrophie démontrée par encéphalographie et électro-encéphalographie (J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX), 370.

Paralysie obstétricale du plexus lombaire, atteinte des racines postérieures (J. DEREUX), 485.

Paralysie périodique de la III^e paire évoluant depuis 15 ans (DEREUX), 297.

Paramyoclonus multiplex : deux cas (J.-A. BARRÉ), 485.

Paranoïa d'involution (MONTASSUT et Mme J. SAUGUET), 146.

Paraphrénie d'évolution ancienne, atrophie cérébrale révélée par l'encéphalographie (J. DELAY, P. NEVEU, J. DESCLAUX), 377.

Paraplégie flasque post-traumatique par sarcome intradural, ablation, radiothérapie (H. ROGER, M. ARNAUD, J.-E. PAILLAS), 498.

Parasympathico-mimétiques. Leur action remarquable en psychiatrie infantile (J. DOUSSINET et Mlle JACOB), 386.

Paresse (les différents états de) chez l'enfant, indications thérapeutiques (GALLAVARDIN, Cl. KOHLER et Mme L. THÉVENIN), 215.

Parkinsonien (syndrome) et poliomyélite antérieure associés (L. ROUQUÈS, J. PAUTRAT et P. DESCLAUX), 500.

Parkinsonisme, diagnostic et traitement des syndromes parkinsoniens (A. DEVIC), 499.

Pick (maladie de). Analyse des troubles du langage dans un cas (J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX), 273.

— Dissolution du langage (J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX), 484.

— v. *Atrophie cérébrale*.

Pneumo-encéphalographie (résultats de la) et de l'électro-encéphalographie dans quelques psychoses : I. Incohérence verbale d'aspect schizophasique chez une paralytique générale (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX), 370.

II. Délire paranoïde avec schizophasie (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX), 374.

III. Paraphrénie d'évolution ancienne (J. DELAY, P. NEVEU, P. DESCLAUX), 377.

IV. Syndrome maniaque (J. DELAY, P. NEVEU, R. LEULIER, P. DESCLAUX), 379.

Poliomyélites (confrontation clinique de deux) antérieures subaiguës, l'une primitive, l'autre syphilitique (J. FROMENT et R. MASSON), 500.

— (réflexions d'un neurologiste sur les séquelles de) (A. TOURNAY), 500.

— (que penser de la sérothérapie de la) (P. LÉPINE), 515.

Polynévrite aviaire (l'acidose, cause principale de la) (R. LECOQ), 319.

Polynévritique (sur le déterminisme des troubles) (P. CHAUCHAND), 312.

Polyradiculonévrite (Guillain - Barré) avec syndrome endocrinologique : alopécie, troubles génitaux (Mme RADERMECKER), 194.

— du type Guillain-Barré : un cas mortel (L. DESCAMPS), 194.

Pronostic de l'aliénation (sur le) (J. LÉPINE), 195.

— (sur un élément de) dans les affections mentales (BARBÉ), 196.

Prophylaxie mentale (service de) de l'office public d'hygiène sociale de la Seine (R.-H. HAZEMANN et P. FOUQUET), 320.

— (l'organisation des services de) (R.-H. HAZEMANN et Mlle BOURJAILLAT), 321.

Proportion névrotique et schizothymie de Kretschmer (J. DUBLINEAU), 472.

Protides du sérum sanguin. Influence de l'orthostatisme sur leur taux (H. GOUNELLE, M. BACHET, R. SASSIER), 79.

Prurit ano-génital, traitement par le chlorhydrate de yohimbine (JANSION, CALOP et CARLIER), 519.

— sénile, guérison par médication antihistaminique de synthèse (LEFRANC et ORTEGA), 518.

Pseudo-glossolalie par additions littérales et syllabiques (J. BOBON), 487.

- Psychologie.** Est-elle la science de l'action ? L'action et l'inconscience (Ch. BAUDOUIN), 72.
- du dessin (W. MORGENTHALE), 74.
- appliquée, ses rapports avec l'hygiène mentale (H. SPRENG), 76.
- appliquée, discipline para-médicale (A. REY), 77.
- Psychologue** (le) et l'époque actuelle (W. MORGENTHALE), 74.
- Psycho-neurasthéniques** (les états) (TOYE et VANECLIOO), 304.
- Psychose hallucinatoire chronique.** Perturbations de l'image corporelle dans un cas (Cl. POTTIER), 487.
- Psychose périodique endogène et psychose épileptique périodique** (L. MARCHAND et J. de AJURIAGUERRA), 329.
- Psychoses réactionnelles** (HACQUARD et VALDENNAIRE), 303.
- (leur évolution), rôle de la convulsivothérapie (J. EUZIERE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSC et J. REYNAUD), 323.
- Psychothérapie** et conception du monde (C.-G. JUNG), 88.
- Pyknoleptique.** v. *Epilepsie*.
- Pupillotonie** et syndrome sympathique déficitaire associés (M. JEQUIER et R. DUFOUR), 95.
- Pyrétothérapie** par le vaccin antigonococcique intraveineux (J. DECOURT), 90.
- son retentissement sur les lésions nerveuses (ALAJOUANINE, THUREL et RICHET), 295.

Q

- Queue de cheval** (syndrome de la) par hernie discale (J. GUILLAUME et S. de SÈZE), 483.

R

- Rachianesthésie** (syndrome radiculaire après) (BAONVILLE), 192.
- Radicotomie postérieure lombo-sacrée :** ses enseignements (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et LEVEAU), 483.
- Radioscopie** (essai de) systématique en milieu psychiatrique (D. COLOMB et M. LETAILLER), 253.
- Radium** (« un enfant » du) : nanisme et microcéphalie à la suite de curiethérapie intracervicale au troisième mois de la grossesse (LAMY et Mlle JAMET), 425.
- Résistance biologique** (la) et la compréhension des problèmes psychopathologiques (J. DUBLINEAU), 478.
- Restrictions alimentaires** et mortalité chez les débiles mentaux épileptiques (A. GUICHARD), 87.

- : déséquilibre sympathique et parasympathique qui en résulte (F. MAIGNON), 89.
- Rêverie imageante** (la), conduite adaptative au test de Rorschach (D. LAGACHE), 301.
- Rhinorrhée cérébro-spinale :** un cas singulier (J.-A. RAMADIER), 315.
- Rorschach** (Test de) (au sujet du) (L. BONNAFÉ et F. TOSQUELLES), 174.
- dans la psychopathologie infantile (Marg. LOOSLI-USTERI), 197.
- (contribution à l'histoire du) (Fr. BAUMGARTNER-TRAMER), 197.
- (la rêverie imageante, conduite adaptative au test de) (D. LAGACHE), 301.
- Röpke** (W. MORGENTHALE), 75.

S

- Sacralisation douloureuse ;** le problème thérapeutique (A. SICARD), 520.
- Schizophrènes** résistant aux thérapeutiques de choc : recherches sur le cours de la maladie et sur leur parenté (S. SIEGFRIED), 218.
- résistant aux thérapeutiques de choc : leur personnalité prépsychotique (P. RAMER), 218.
- Schizothymie** de Kretschmer et proportion névrotique (J. DUBLINEAU), 472.
- Sciatique double** par gliome de la queue de cheval, ablation, guérison (V. RICHÉ et Cl. GROS), 311.
- commune, son substratum anatomique (S. de SÈZE et R. KÜSS), 315.
- (névralgie) par saillie vertébrale compressive (F. COSTE), 311.
- (participation des rebords osseux vertébraux dans certaines compressions) d'origine discale (D. PETIT-DUTAILLIS, F. COSTE et S. de SÈZE), 311.
- Radiodiagnostic après remplissage lipiodolé du cul-de-sac lombo-sacré et des gaines des racines (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et H. WELTI), 71.
- avec anomalie du cul-de-sac sous-arachnoïdien sacré (F. THIÉBAULT, TROTOT et WOLINETZ), 485.
- Bases anatomiques de leur étude (S. de SÈZE), 502.
- Valeur clinique des zones d'hyperesthésie (G. de MORSIER), 502.
- par compression discale : discussion de leur fréquence et de leur traitement chirurgical (S. de SÈZE), 519.
- discale très rebelle : section d'une racine postérieure du sciatique (S. de SÈZE, J.-M. GUILLAUME et A. CHARBONNEL), 520.

- Sciences occultes et déséquilibre mental (Ph. ENCAUSSE), 489.
- Sclérose diffuse de type multiloculaire, une observation (L. van BOGAERT et DEWULF), 487.
- Sclérose en plaques, rôle de la syphilis (BAZEX, GARRIC et GAYRAL), 498.
- Sédimentation sanguine au cours de psychoses diverses (M. HYVERT et Henri-d'OLLIÈRES), 465.
- Sérum physiologique comme adjuvant thérapeutique (E. STRANSKY), 517.
- Soludagénan (Paralysie sciatique consécutive à une injection intrafessière de) (N. FRESSINGER et DUPUY), 95.
- Sous-alimentation dans les asiles d'aliénés, aperçu clinique (A. REQUET), 86.
- v. *Restrictions alimentaires*.
- Spondylolisthésis. Troubles neurologiques (G. de MORSIER et ALPHONSE), 502.
- Stase papillaire (Cl. DEHORTER-DURÉ), 495.
- v. *Papille de stase*.
- Stokes-Adams (syndrome de) (à propos du) (MÉRIEL, de BRUX et BOLLINELLI), 306.
- (État de mal convulsif au cours d'un) par infarctus du myocarde (J. VIDAL), 306.
- Suicide chez un persécuté halluciné (DESBORDES et J. LAURENT), 198.
- Sulfamides. Leur action psycho-sensorielle chez les aviateurs (G.-F. BONNET), 95.
- Leur mode d'action, rapports entre leur constitution chimique et leurs effets anti-microbiens (C. LEVADITI), 512.
- Leurs actions toxique et bactériostatique étudiées par les cultures de tissus (J. et A. VERNE, G. MÉNÉGAUX et P. DUREL), 512.
- (Questions cliniques d'actualité concernant les) (J. CÉLINE), 513.
- v. *Encéphalite*.
- v. *Soludagénan*.
- Sulfamidothérapie. (Névrite atrophique par) (LAEDERICH, MONBRUN, Mme DEBAIN et M. LANGE), 94.
- Myopie transitoire consécutive (MONBRUN et JOURDY), 94.
- de l'érythrodermie arsénobenzolique (GARNIER), 95.
- (cécité par névrite optique bilatérale consécutive à la) (MONBRUN), 514.
- Névrite sciatique grave (FERRU), 515.
- Sympathique (le réseau) fondamental et le reticulum terminal (E. LANDAU), 314.
- , son rôle dans les réactions hormonales (Ch. CHAMPY), 508.
- Sympathogoniome intrarachidien (Et. SORREL, ANDRÉ-THOMAS et HUGUENIN), 484.
- Syphilis (Psychoses de la) primaire et secondaire (A. BARBÉ), 9.
- (Psychoses de la) tertiaire (A. BARBÉ), 97.
- nerveuses paradoxales (LANGERON et CORDONNIER), 308.
- (traitement de la) par l'arsénoxyde (TORLAIS, PICHEVIN et GERMAIN), 93.
- Syphilitique (le virus) est-il ultrafiltrable (C. LEVADITI), 79.
- v. *hérédo-syphilitique*.
- v. *Névrite optique*.
- Syringomyélie lombo-sacrée ou état dysraphique (de HAESE), 192.
- , malformations rachidiennes et « status dysraphicus » (H. ROGER et J. MARCORELLES), 310.
- Système nerveux (questions fondamentales pour une classification fonctionnelle des) (L. ASHER), 66.
- Système neuro-végétatif. Problèmes d'organisation, de conception et de désignation (W. HESS), 316.

T

- Tabès (H. ROGER et M. RECORDIER), 309.
- , complication paralytique (L. BOURRAT, P. MOREAU et M. REBATEL), 499.
- Tabétique (Ictus amnésique chez une) (HEUYER et ROUAULT de la VIGNE), 143.
- Techniques morbides; exemples empruntés à des travaux féminins spontanés (J. VIÉ et R. SUTTEL), 357.
- Temps. Simples remarques sur notre « temps » (C^{esse} J. de PANGE), 199.
- Tenue et débilité morales (P. MOOR), 75.
- Testostérone (propionate de) (effets d'implantation sous-cutanée de comprimés de) chez un vieillard (L. BINET et F. VERLIAC), 507.
- Tétanos. A propos de sa thérapeutique (A. PLICHER), 92.
- post-abortion, guérison (BELLANGER), 495.
- Thyroïde (glande) (sexualité et) dans l'enfance et la jeunesse (P. NOBÉCOURT), 83.
- (sexualité et), déterminisme des phénomènes et considérations thérapeutiques (P. NOBÉCOURT), 84.
- et psychoses affectives (LAIGNEL-LAVASTINE), 505.
- Thyroïdiennes (glandes) aberrantes, leurs réactions après thyroïdectomie totale (P. SAINTON et S. BLONDIN), 81.
- (psychoses): chirurgie du Basedow et psychoses thyroïdiennes (H. WELTI et G. LAPEYRE), 81.

- (psychoses) dites endocrinienne et leur traitement chirurgical (P.-A. CHATAGNON), 81.
- Traumatique (démence précoce post-), deux cas (MONTASSUT et Mme J. SAUGUET), 454.
- v. *Diabète*.
- v. *Hématome*.
- v. *Paraplégie*.
- Traumatismes crâniens de l'enfance, leurs séquelles (M. ZABOROWSKI), 491.
- Tubercule pariétal gauche, accident épileptique avec aura apraxique (CHAVANY, F. THIÉBAULT et WOLNETZ), 484.
- Tuberculeuse (sur la mortalité) asilaire en période de carence (J.-D. RENEVEY), 492.
- Tuberculose. v. *Bacille de Koch*.
- v. *encéphalite*.
- v. *méningite*.
- v. *radioscopie*.
- Tumeurs cérébrales: lésions diencephaliques (DEREYMAEKER), 192.
- cérébrale (considérations cliniques et anatomiques à propos d'une) (L. MARCHAND, J. RONDEPIERRE et D. COLOMB), 264.
- de la portion cervicale de la moelle épinière (W. Mc K. CRAIG et H. SHELLEN), 70.
- Tutelle (Pour une administration de la) à propos de l'assistance à l'enfance anormale (P. DOUSSINET), 213.
- Typo-caractérologie. (La proportion psycho-pathologique et la) (J. DUBLINEAU), 474.

U

- Unité somato-psychique (de l') (J. DECHAUME), 412.

V

- Vagotonine. Son action sur la glycémie du lapin (D. SANTENOISE, G. VALETTE et E. STANKOFF), 209.
- Son action sur l'insulino-sécrétion (D. SANTENOISE, G. VALETTE et E. STANKOFF), 209.
- et excitabilité nerveuse centrale et périphérique (Mme B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD), 506.

- Venin de cobra dans le traitement de la douleur (J. BILLOTET), 518.
- Ventricule (Troisième). Son rôle dans le psychisme (P. GUIRAUD), 392.
- Ventriculométrie de la capacité des ventricules cérébraux et de ses modifications (F. MOREL et R. de MONTMOLLIN), 204.
- de la capacité des ventricules cérébraux dans différentes affections cérébrales (F. MOREL et R. de MONTMOLLIN), 205.
- (contribution à l'étude de la) suivant une méthode empirique (A. MELLEY), 206.
- Vestibulaire (l'épreuve): sa valeur dans les névroses traumatiques (DESCAMPS), 192.
- (Etude sur les voies) centrales (J. van LAERE), 298.
- Vieillard (des vertiges du) (RISER, COUADAU et PLANQUES), 305.
- Vie psychique. Ses trois structures fondamentales: rythme, régulation et groupement (J. PIAGET), 74.
- Visite (la) à la maison de santé, symptôme prémonitoire d'un accès maniaque (MEURIOT), 288.
- Vital (les cadres logiques du fait) (St. LUPASCO), 206.
- Vitamines et psychiatrie (J. RONDEPIERRE), 89.
- et maladies du système nerveux (J. SIGWALD), 90.
- et ophtalmologie (R. PLUVINAGE), 90.
- Vitamine B2 et système nerveux (Mme B. CHAUCHARD, P. CHAUCHARD et Mlle RAFFY), 80.
- Vitaminothérapie dans un cas de confusion mentale grave avec lésions cutanées (LAIGNEL-LAVASTINE, Ch. DURAND et P. NEVEU), 89.
- Volumétrie crânienne, cérébrale et ventriculaire combinées, comparaison avec la méthode de Reichardt (R. de MONTMOLLIN), 205.

Z

- Zona ophtalmique à début oculaire, lésions cornéennes (R. NECTOUX), 502.
- à début paralytique, les paralysies zostériennes (C. MICHAUX, Mlle GRANIER et R. LACOURBE), 503.
- v. *Encéphalite*.

TABLE ALPHABETIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- AJURIAGUERRA (J. de). — v. *Heuger*.
— v. *Lhermitte*.
— v. *Mâle*.
— v. *Marchand*.
ALAJOUANINE (Th.) et THUREL (R.). —
Céphalée pulsatile par dilatation de
la corne frontale du ventricule, 483.
—, THUREL et DURUP. — Symptoma-
tologie nerveuse du botulisme, 291.
—, THUREL (R.) et LEVEAU. — Ense-
ignements de la radicotomie posté-
rieure lombo-sacrée, 483.
—, THUREL et RICHTER. — Retentisse-
ment de la pyrèthérapie sur les
lésions nerveuses, 295.
—, THUREL (R.) et WELT (H.). — Ra-
diodiagnostic de la sciatique après
remplissage lipiodolé du cul-de-sac
lombo-sacré et des gaines des raci-
nes, 71.
ALLIEZ (J.) et JAUR (Mlle J.-M.). —
Orientation professionnelle et trou-
bles nerveux, 77.
ALPERS (B.-J.). — v. *Thorner*.
ALPHONSE. — v. *Morsier* (de).
ANDREANI (J.). — v. *Janbon*.
ANDRÉ-THOMAS. — L'hémi-hyperexten-
sibilité musculaire, 200.
—, Epilepsie réflexe, 294.
—, LEPAGE et Mme SCRREL-DÉJERINE.
Remarques sur deux anencéphales,
296.
—, v. *Sorrel*.
ASHER (L.). — Questions fondamentales
pour une classification fonction-
nelle des systèmes nerveux, 66.
AUBRY (M.). — v. *Guillain*.
AUSTREGESILLO (A.). — Neuromyélomes
bériberiques, 70.

B

- BABONOT (P.). — v. *Martin*.
BACHET (M.). — v. *Gounelle*.
BADELLE (J.-R.). — Foi religieuse et
connaissance philosophique (à pro-

- pos de Hegel: *Glauben und Wissen*),
312.
BALEZEAX. — v. *Christiaens*.
BALLY. — Les assurances et l'éthique
de la santé, 86.
BALMES (J.). — v. *Boudet*.
BAONVILLE. — Syndrome radicaire
après rachianesthésie, 192.
BARBÉ (A.). — Les psychoses de la
syphilis primaire et secondaire, 9.
—, Les psychoses de la syphilis ter-
tiaire, 97.
—, Les psychoses hérédo-syphilitiques,
348.
—, Sur un élément de pronostic dans
les affections mentales, 196.
BARRÉ (J.-A.). — Crises nerveuses ré-
flexes d'origine auriculaire, 397.
—, Epilepsie et signes pyramidaux dé-
finitaires, 421.
—, Crises épileptiques et crises dien-
céphaliques pubérales, 424.
—, Sur la commotion médullaire sim-
ple, 483.
—, Deux cas de paramyoclonus multi-
ple, 485.
BARRÉ (Y.). — v. *Laroche* (G.).
BARTORELLI (G.). — Etat actuel des
études expérimentales sur les rela-
tions entre le mésencéphale-diencé-
phale et la motricité, 66.
BAUDOUIN (A.). — Le diagnostic de
l'épilepsie par l'électro-encéphalo-
graphie, 421.
— et CAUSSÉ (R.). — Electro-nystagmo-
graphie, 297.
— et HAZARD (R.). — Action cardio-
vasculaire dépressive de la diplé-
nylhydantoïne et de son dérivé so-
dique par injection intraveineuse,
91.
—, MARIE (Julien), RÉMOND (A.) et
BRICAIRE (H.). — Altérations impor-
tantes de l'électro-encéphalogramme
pendant l'évolution d'une acrodynie,
disparition après guérison, 309.
— et PUECH. — Deux cas de macro-
génitosomie précoce, 484.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société médico-psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des aliénistes et neurologistes.

- et RÉMOND (A.). — A propos du traitement de l'épilepsie par la diphenylhydantoïne, 91.
- BAUDOUIN (Ch.). — La psychologie est-elle la science de l'action ? L'action et l'inconscient, 72.
- BAUMGARTNER-TRAMER (Mine Fr.). — Contribution à l'histoire du test de Rorschach, 197.
- BAZEX, GARRIC et GAYRAL. — Sur le rôle de la syphilis dans la sclérose en plaques, 498.
- v. *Nanta*.
- BEAUDOUIN (H.). — *Discussion*, 171, 289.
- Entrée différée, sortie différée, 119.
- (Allocution de M.), ancien président de la Société médico-psychologique, 156.
- v. *Demag*.
- BEAUVALLÉ (Mlle). — v. *Tiffeneau*.
- BECC. — v. *Laboucarie*.
- BÉGAUX (Mine C.) et TIEGA (J.). — Pupille de stase et glaucome, 298.
- BÉHAGUE (P.). — Sur plusieurs cas d'une affection médullaire et bulbaire avec méningite, obéissant au traitement salicylé, 203.
- BELLANGER. — Tétanos post-abortum, guérison, 495.
- BERNARD (R.). — v. *Giraud* (G.).
- BERT (J.-M.), BHUNEL (D.), LISSITZKY (S.) et DORNEZAN (A.). — Les acropathies de carence, 508.
- BERTHAND (Ivan) et Mme GODET-GUILAIN. — Dégénérescences cérébelleuses latentes chez les cancéreux, 77.
- v. *Justin-Bezançon*.
- v. *Guillain*.
- BILLIOTET (J.). — Le venin de cobra dans le traitement de la douleur, 518.
- BINEAU. — v. *Lhermitte*.
- BINET (L.) et VERLIAC (F.). — Effets de l'implantation sous-cutanée de comprimés de propionate de testostérone chez un vieillard, 507.
- BINOIS. — v. *Delay*.
- BIGARD (G.) et GINESTE (P.-J.). — Action de la première lobectomie sur la structure du second lobe thyroïdien, 504.
- BLONDIN (S.). — v. *Sainton*.
- BOBON (J.). — Pseudo-glossolalies par additions littérales et syllabiques, 487.
- A propos de trois langues artificielles d'origine ludique chez une paranoïaque, 487.
- BODER (E.). — v. *Chavany*.
- BOGAERT (L. van). — Sur des alopécies récidivantes variables avec phénomènes endocrinovégétatifs (syndrome adéno-hypophysaire ?), 194.
- et DEWULF. — Nouvelle observation de sclérose diffuse de type multiloculaire, 487.
- BOLLINELLI. — v. *Mériel*.
- BONNAFÉ (L.) et TOSQUELLES. — Expérience onirique, début d'un accès maniaque, 168.
- Au sujet du test de Rorschach, 471.
- BONNET (G.-F.). — Action psychosensorielle des sulfamides chez les aviateurs, 95.
- BOSC (R.). — v. *Euzière*.
- BOUCAIT (N.). — v. *Martin*.
- BOUDER (G.), BALMES (J.), SARRAN (R.) et SOUCHON (H.). — Hémichoréoathlétose consécutive à une encéphalopathie post-vaccinale, 419.
- BOULET (P.) et CAZAL (P.). — Les syndromes du carrefour mésentéphalo-sous-thalamique, 496.
- BOURRAT (L.), MOREAU (P.) et REBATEL (M.). — La complication paralytique du tétanos, 499.
- BOUREAU (J.). — v. *Delay* (J.).
- BOURJAILLAT (Mlle). — v. *Hazemann*.
- BOVER (L.). — L'onychophagie, contribution à l'étude de la pathologie de la personnalité, 196.
- BRAULT (A.). — v. *Decourt*.
- v. *Gougerot*.
- BRÉMOND. — Considérations sur les goîtres exophtalmiques, 516.
- BRETEY (J.). — Recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, 79.
- BRETON (A.). — v. *Vanhaecke*.
- BRIAU (R.) et POTTIER (Cl.). — Curieuses conséquences du goût de la nouveauté chez un débile mental, 383.
- BRICAIRE (H.). — v. *Baudouin* (A.).
- BRISSOR (M.). — *Discussion*, 181.
- v. *Marchand*.
- BROUSTEL et FAUHE (J.). — Epilepsie réflexe après stéllectomie, 68.
- BRUNEL (D.). — v. *Bert*.
- BRUX (de). — v. *Mériel*.
- BUTON (A.) et FONTAN (M.). — Image radiologique pulmonaire fugace au cours de l'épilepsie, 423.
- BUVAT (J.-F.). — *Discussion*, 367.
- v. *Gallot*.

C

- CACHERA (R.) et SCHERBER (G.). — Accidents nerveux spontanés au cours d'une pleurésie, 423.
- CALOP. — v. *Jausion*.
- CAPRON. — v. *Degos*.
- CARLIER. — v. *Jausion*.
- CARLOTTI. — v. *Garcin*.
- CARRETTE (P.). — *Discussion*, 272.
- CARROR. — v. *David*.
- CASSAIN (L.). — v. *Daumèzon*.
- CASTAGNE (R.). — v. *Euzière*.
- CAUSSADE (L.) et MICRON (P.). — Névrite sulfamidique grave chez un enfant de 4 ans, 515.

CAUSSÉ (R.). — v. *Baudouin* (A.).
 CAZAL (P.). — v. *Boulet*.
 — v. *Euzière*.
 — v. *Janbon*.
 CÉLICE (J.). — Questions cliniques d'actualité concernant les sulfamides, 513.
 CHAMPY (Ch.). — Le rôle du sympathique dans les réactions hormonales, 508.
 CHAPTAL (J.). — v. *Janbon* (M.).
 CHAPUIS (R.). — Cinq ans d'insulino- et de convulsivothérapie chez 210 malades mentaux, résultats et catamnèses, 216.
 — v. *Flandin*.
 CHARBONNEL (A.). — v. *Sèze* (S. de).
 CHARPENTIER (René). — Z. Glorieux (nécrologie), 227.
 CHATAGNON (P.-A.). — Les psychoses thyroïdiennes dites endocriniennes et leur traitement chirurgical, 81.
 — et MABON (J.). — Influence des régimes carencés sur le squelette et les articulations chez nos psychopathes, 387.
 CHAUCHARD (A.) (M. et Mme). — Sur la chronaxie de constitution des neurones moteurs du cortex cérébral, 80.
 CHAUCHARD (B.) (Mme) et CHAUCHARD (P.). — Vagotonine et excitabilité nerveuse centrale et périphérique, 506.
 —, CHAUCHARD (P.) et Mlle RUFFY. — Vitamine B2 et système nerveux, 80.
 CHAUCHARD (P.). — Considérations sur le déterminisme des troubles poly-névritiques, 312.
 — v. *Chauchard* (B.).
 CHAVANY (J.-A.), BODET (E.) et RAINBAULT (J.). — Forme psycho-hypertonique de l'encéphalite typhoïdique, rôle des sulfamides, 414.
 — et FELD. — Le syndrome neuro-œdémateux chez l'adulte. Névrite diffuse à marche lente avec anasarque et évolution mortelle, 308.
 —, PLUVINAGE et FELD. — Kyste séreux géant de la convexité, 296.
 — et RAINBAULT (J.). — Chorée fibrillaire avec troubles mentaux d'allure korsakovienne dans la septicémie puerpérale, 198.
 —, THIÉBAUT (F.) et WOLINETZ (E.). — Accident épileptique avec aura apraxique, tumeur pariétal gauche, 484.
 CHILMAN (M.). — v. *Paulian*.
 CHRISTAENS (L.) et BALEZEUX. — Cinq cas d'encéphalite morbilleuse, 418.
 CLAUDE (H.). — *Discussion*, 283.
 COCHÈME. — Douze cas de méningo-encéphalite contagieuse et épidémique à Vitry-le-François en été 1942, 297.
 — v. *LAIGNEL-LAVASTINE*.

COISNARD (J.). — v. *Mouriquand*.
 COLOMB (D.) et LETAILLEUR (M.). — Essai de radioscopie systématique en milieu psychiatrique, 253.
 — v. *Marchand*.
 — v. *Rondepierre*.
 COMBY (M.-J.). — Les origines de l'épilepsie, 420.
 CORDONNIER. — v. *Langeron*.
 CORNIL (L.), GLEIZ-RAMBAL (L.) et SCHACHTER (M.). — Nanosomie pseudo-achondrophasique, malformations multiples des quatre segments distaux, 78.
 COSSA (P.). — Physiologie de l'adresse, 429.
 — et PAILLAS (J.-E.). — Anatomie des centres nerveux, 488.
 COSTE (F.). — Névralgie sciatique par saillie vertébrale compressive, 311.
 — v. *Petit-Dutailles*.
 COUDEAU. — v. *Riser*.
 COLLOXJOU (R.). — v. *David*.
 COURJON (R.). — A propos de l'électrochoc, technique, résultats, mécanisme, 324.
 CRAIG (W. Mc K.) et SHELLEN (H.). — Tumeurs de la portion cervicale de la moelle épinière, 70.

D

DAGNÉLIE (J.). — Myalgie de Bornholm avec signes neurologiques, 486.
 DAUMÉZON (G.) et CASSAN (L.). — Publicité importune de l'internement par le mandataire « ad litem » dans les ventes sur licitation, 523.
 DAVID (M.) et CARROT. — Un cas d'épilepsie du moignon, 294.
 —, HÉGAEN (H.) et COULONJOU (R.). — Hallucinations auditives sans délire par affections neurologiques, 439.
 — v. *Kourilsky*.
 DEBAIN (Mme). — v. *Laederich*.
 DECHAUME (J.). — De l'unité somato-psychique, 412.
 — et GIRARD (P.-F.). — Conditions générales de l'assistance et du traitement de l'enfance anormale, l'adaptation sociale des enfants irréguliers, 211.
 —, GIRARD (P.-F.) et KOHLER (Cl.). — Essai sur l'hygiène mentale, 209.
 DECONYNCK. — Méningite varicelleuse prééruptive, 418.
 DECOURT (J.). — Pyrétothérapie par le vaccin antigonococcique intraveineux, 90.
 — et GUILLEMIN (J.). — Nanisme brachymélique et puberté précoce, 507.
 —, GUILLAUMIN (Ch.-O.), BRAULT (A.) et VERLIAC (F.). — Etude biologique de trois cas d'anorexie mentale, 304.
 —, PLICHET (A.) et GORIN (R.). — Action de l'électro-choc dans un état de mal asthmatique, 324.

- DEGOS, DELORT et CAPRON. — Cas de mort par le novarsénobenzol, 510.
- DELAY (J.). — *Discussion*, 171, 177, 188, 276, 293, 364, 367, 398, 406.
- , Electro-choc et diencéphale, 219.
- , Electro-choc et diencéphale, 317.
- , Encéphalose azotémique à forme catatonique, guérison par rechloration, 509.
- et R. BINOIS. — Etude expérimentale de la mémoire et de l'attention des électro-choqués, 182.
- , DURAND (Ch.) et VIDART (L.). — Les accidents de l'électro-choc, 220.
- , DURAND (Ch.), VIDART (L.) et BOURBEAU (J.). — Le traitement des apnées de l'électro-choc, 220.
- et JOUANNAIS (Mlle). — L'anxiété hypothalamique, 296.
- DELAY (Jean) et NEVEU (P.). Morphologie et psychiatrie (2^e note). La méthode de déviation proportionnelle et les rapports anthropométriques, 165.
- et NEVEU (P.). Morphologie et psychiatrie : les profils de déviation proportionnelle, 278.
- , NEVEU (P.) et DESCLAUX (P.). Analyse des troubles du langage dans une maladie de Pick, 273.
- , NEVEU (P.) et DESCLAUX (P.). Les dissolutions du langage dans la maladie de Pick, 484.
- , NEVEU (P.) et DESCLAUX (P.). Résultats concordants de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-encéphalographie dans quelques psychoses : I. Incohérence verbale d'aspect schizophasique chez une paralytique générale, 370.
- , —, II. Délire paranoïde avec schizophasie, 374.
- , —, III. Paraphrénie d'évolution ancienne, 377.
- , —, LEULIER (R.) et DESCLAUX (P.). IV. Syndrome maniaque, 379.
- , NEVEU et DESHAIES. Les modes d'action de l'électro-choc, 219.
- , PARROT (J.-L.) et LUQUET. La crise tensionnelle de l'épilepsie électrique, 290.
- et SOULAIRAC (A.). La formule sanguine du post-électro-choc, 78.
- et SOULAIRAC (A.). Le syndrome humoral du post-électro-choc, 78.
- et SOULAIRAC (A.). Syndrome sympathique de l'électro-choc, 317.
- et SOULAIRAC (A.). Variations du calcium et du phosphore sanguins après électro-choc, 318.
- et SOULAIRAC (A.). Hyperprotidémie de l'électro-choc, 319.
- et SOULAIRAC (A.). Acidose de l'électro-choc, 319.
- , v. Gosset (J.).
- DELHERM et MION. La mesure en électro-diagnostic classique, 204.
- DELMAS (Ach.). *Discussion*, 155.
- DELMAS-MARSALET (P.). L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstitution, 64.
- et FAURE (J.). Valeur thérapeutique de l'électro-choc. Absence électrique en psychiatrie, 399.
- , SERRVANTIE (L.) et FAURE (J.). Interprétation du syndrome acido-basique de l'électro-choc, 402.
- DELORT, v. Degos.
- DEMARY (G.), BEAUDOUIN (H.) et HAZEMANN (R.-H.). L'assistance sociale psychiatrique, note préalable sur la définition et le rôle de l'assistante (médico)-sociale en général, 407.
- DEREUX (J.). Paralyse périodique de la III^e paire évoluant depuis 15 ans, 297.
- , Syndrome d'Adie syphilitique, 308.
- , Paralyse obstétricale du plexus lombaire, atteinte des racines postérieures, 485.
- , Encéphalite zonateuse, guérison par les sulfamides, 514.
- DEREYMAEKER. Lésions diencéphaliques dans les tumeurs cérébrales, 192.
- DREBORDS et LAURENT (J.). Suicide chez un persécuté halluciné, 198.
- DESBUQUOIS (G.). Encéphalite psychosique aiguë azotémique d'origine ourlienne, 198.
- DESCAMPS (L.). — La valeur de l'épreuve vestibulaire dans l'examen des névroses traumatiques, 192.
- , Un cas mortel de polyradiculonévrite du type Guillain-Barré, 194.
- DESCLAUX (P.). v. Delay.
- , v. Gallot.
- , v. Heuyer.
- DEHORTER-DUX (Cl.). La stase papillaire, 495.
- DESHAIES (G.). v. Delay.
- DESPLAS (B.). v. Harprier.
- DEVIC (A.). Parkinsonisme, diagnostic et traitement des syndromes parkinsoniens, 499.
- , v. Ricard.
- DEWULF, v. Bogaert (Van).
- DORNEZAN (A.). v. Berl.
- DOUMER (Ed.). Les formes frustes de l'épilepsie cardiaque, 68.
- DOUSSINET (P.). Pour une administration de la Tutelle ; à propos de l'assistance à l'enfance anormale, 213.
- et JACOB (Mlle E.). Sur l'efficacité remarquable des parasympathicomimétiques en psychiatrie infantile, 385.
- DROUET et GIRARD (J.). Sur un cas de catalepsie, 424.
- DUBARRY (J.-J.), VERGER et MOULIES. Néphrite aiguë, première manifestation d'une méningococcie, 69.
- DUBLINEAU (J.). *Discussion*, 292.
- , La proportion psychopathologique et la typo-caractérologie, 174.

- E

- cours du traitement par l'électrochoc, 323.
- , Modification de l'attention par l'électrochoc, 323.
- VIALLEFONT et CASTAGNÉ (R.), Fond d'œil et électrochoc, 323.
- et CAZAL. Le fond d'œil au cours des crises provoquées par le cardiazol, 422.

F

- FASSIO (E.). v. *Euzière*.
FAURE (J.). v. *Broustel*.
—, v. *Delmas-Marsalet*.
FEIL (A.). L'arsenicisme professionnel, 86.
FELD (M.). v. *Chavany*.
FERRU. Névrite sciatique sulfamidique grave, 515.
FEUILLADE (M.). Les accidents vertébraux du cardiazol et de l'électrochoc, 456.
FRESSINGER (N.) et DUPUY. Paralyse sciatique consécutive à une injection intrafessière de soludagénan, 95.
FLANDIN (Ch.), SAINT-CÈNE (Mlle), FLANDIN (E.) et CHAPUIS. Cas de mort par le novarsénobenzol, 510.
FLETSCHER (I.). L'action « déchargeante » de la crise convulsive. A propos du dynamisme dans les guérisons par l'électrochoc, 217.
FLEURY, v. *Lhermitte*.
FOLLIN (S.). v. *Dublineau*.
FONTAN (M.). v. *Buton*.
FONTAINE (R.). Les infiltrations autour de l'artère temporale dans le traitement de la migraine, 519.
FOUQUET (P.). v. *Hazemann*.
FOURCADE, v. *Vidal (J.)*.
FROMENT (J.) et MASSON (R.). Confrontation anatomique et clinique de deux poliomyélites antérieures subaiguës (primitive et syphilitique), 500.
FROMENT (P.). v. *Harpier*.
FROMENTY et LERMAN. Psychose après asphyxie, atrophie cérébrale présénile décelée par encéphalographie, 199.
FRUHNHOLZ (A.). L'hérédo-syphilis au erible de la maternité, 85.

G

- GALEY (J.-J.), v. *Kourilsky*.
GALLAVARDIN (R.), KOHLER (Cl.) et THIÉVENIN (Mme L.). Les différents états de paresse chez l'enfant et leurs indications thérapeutiques, 215.
GALLOT (H.-M.), BUVAT (J.-F.) et DESCLAYX (P.). Discordances passagères entre les résultats du liquide céphalo-rachidien et du liquide ventriculaire chez un paralytique général, 364.

- , V. *Laignel-Lavastine*.
 —, V. *Michaux*.
 GARCIN (R.), KIFFER (M.), HOUDART et CARLOTTI. — Myasthénie avec step-page bilatéral et pseudo-signé de Babinski, 485.
 GARNIER. Sulfamidothérapie de l'érythrodermie arsénobenzolique, 95.
 GARRIC, V. *Bazex*.
 GAYRAL, V. *Bazex*.
 —, V. *Riser*.
 GÉBAUD, V. *Riser*.
 GERMAIN, V. *Torlais*.
 GÉVAUDAN (Mlle A.). Perturbations de l'instinct maternel chez les déséquilibrées, 491.
 GINESTE (P.-J.) et MERLEN. Un cas de céphalée par hyperfolliculinisme. Traitement par le corps jaune, 507.
 —, V. *Bizard*.
 GIRARD (P.-F.), V. *Dechaume*.
 GIRARD (J.), V. *Drouet*.
 GIRARD (Mlle), V. *Vidal (J.)*.
 GIRAUD (G.), BERNARD (R.), SANSOT (M.) et MOUREN (P.). A propos d'un cas d'encéphalomyélite vaccinale, 419.
 — et ANTHEAUME. Encéphalite paratyphoïdique à forme myoclonique, 417.
 GIRAUD (N.), V. *Pichet*.
 GIRAULT-EBLER (L.). Esquisse d'une technique rationnelle de la réaction de Bordet-Wassermann, 79.
 GLIZE-RAMBAL (L.), V. *Cornil*.
 GODET-GULLAIN (Mme), V. *Bertrand (Ivan)*.
 —, V. *Guillain (G.)*.
 GORIN (R.), V. *Decourt*.
 GOSSET (J.) et DELAY (J.). Signification de la maladie post-opératoire, 316.
 GOUGEROT, DUPERRAT, BRAULT et PIGNET. Cas de mort par le novarsénobenzol, 509.
 GOUNELLE (H.), BACHET (M.) et SASSIER (R.). Influence de l'orthostatisme sur le taux des protides du sérum sanguin, 79.
 GOURMELON (J.), V. *Dublineau*.
 GRANIER (Mlle), V. *Michaux*.
 GRIMALDI (P.). Sur le traitement des psychoses par l'électro-choc, 492.
 GRIMBELLE (A.), V. *Poirier*.
 GROS (CL.), V. *Riché*.
 GROSSIORD (A.), V. *Guillain (G.)*.
 GRUNER (J.), V. *Guillain*.
 GUICHARD (A.). Restrictions alimentaires et mortalité chez les débiles mentaux épileptiques, 87.
 GUIDOUX, V. *Vanhaecke*.
 GUILLAIN (G.) et AUBRY (M.). Paralyse brusque, complète et durable des deux nerfs auditifs, 494.
 —, BERTRAND (I.) et Mme GODET-GULLAIN. Étude anatomo-clinique d'un cas de cholestérinose cérébrale, 77.
 —, BERTRAND (I.), GODET (J.) et GRUNER (J.). L'électro-encéphalogramme dans la maladie de Friedreich, 309.
 — et GROSSIORD (A.). Maladie familiale montrant la transition entre le Friedreich, l'héréditaire-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique infantile, 498.
 GUILLAIN (G.) et MESSIMY (R.). L'examen de l'olfaction en clinique neurologique, 494.
 GUILLAUMAT, V. *Thiébaut*.
 GUILLAUME (J.) et MASSEBOEUF. Volumineux méningiome endo et exocranien avec aphasie de l'écaïlle occipitale, guérison, 484.
 — et RIBADEAU-DUMAS (Ch.). L'épilepsie au point de vue neuro-chirurgical, 91.
 —, SÈZE (S. de). Syndrome de la queue de cheval par hernie discale, nécessité des lamitrectomies larges, 483.
 —, SÈZE (S. de) et MASSEBOEUF. Algie fessière rebelle par neuro-fibrome radiculaire, 483.
 GUILLAUMIN (Ch.-O.), V. *Decourt*.
 GUILLEMIN (J.), V. *Decourt*.
 GUIRAUD (P.), *Discussion*, 177, 181, 269, 275.
 —. Le rôle du troisième ventricule dans le psychisme, 392.
 — et LEULIER (Mme). Un cas de forme amnésique pure de paralysie générale, 269.

H

- HACQUARD et VALDENNAIRE. Psychoses réactionnelles, 303.
 HAENE (de). Syringomyélie lombosacrée ou état dysgraphique, 192.
 HAMEL et JACQUEL. Psychose à thème de revendication par contagion familiale, 304.
 HARTENBERG (P.). Le problème psychologique des fugues comitiales, 198.
 HARVIER (P.), DESPLAS (B.) et FROMENT (P.). Diabète insipide et diabète sucré après traumatisme crânien, 203.
 HAZARD (R.), V. *Bandouin (A.)*.
 HAZEMANN (R.-H.), *Discussion*, 410, 471.
 —. Essai sur une théorie de l'intervention des assurances sociales dans le domaine de la santé et du bien-être, 520.
 — et BOURJAILLAT (Mlle). L'organisation des services de prophylaxie mentale, 321.
 — et FOUQUET (P.). Le service de prophylaxie mentale à l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, 320.
 —, V. *Demay*.
 HÉCAEN (H.), V. *David*.
 —, V. *Lhermitte*.
 HENNON (P.), V. *Pichet*.

HENRI-D'OLLIÈRES (J.). v. *Hypert.*
 HESS (W.). Système neuro-végétatif, problèmes d'organisation, de conception et de désignation, 316.

HEUCQUEVILLE (G. d'). Plus d'enfants dégénérés, 492.

HEUER. *Discussion*, 142.

— et DESCLAUX. Crises comitiales par hypoglycémie spontanée, 307.

— et DESCLAUX. Troubles de la conduite chez une encéphalitique, 523.

—, LHERMITTE (J.) et AJURIAGUERRA (J. de). Compression de la moelle au cours d'une maladie de Hodgkin, 484.

— et ROUAULT de la VIGNE. Ictus adhésique chez une tabétique, 443.

— et ROUAULT de la VIGNE. Démence précoce à manifestations tardives, 264.

HOUDART. v. *Garcin*.

HUET (J.-A.). Implantation sous-cutanée d'hormones, 85.

HYVERT (M.) et HENRI-D'OLLIÈRES (J.). La sédimentation sanguine au cours de diverses psychoses, 465.

J

JACOB (Mlle E.). v. *Doussinet*.

JAMET (Mlle). v. *Lamy*.

JANBON (M.). Conduite à tenir dans les méningites purulentes, 513.

— et CHAPTAL (J.). Aspects cliniques de l'encéphalite typhoïdique, formes extra-pyramidales, 414.

— et CHAPTAL (J.). Aspects cliniques de l'encéphalite typhoïdique, formes psychosiques, 415.

— et CHAPTAL (J.). Aspects cliniques de l'encéphalite typhoïdique, formes à expression méningée, 415.

—, CHAPTAL (J.), CAZAL (P.) et ANDREANI (J.). Encéphalite typhoïdique extra-pyramidale, étude clinique et histopathologique, 416.

—, CHAPTAL (J.), ANDREANI (J.) et LATOUR (H.). Formes basses de la névrite post-morbilleuse (paraplégie flasque) curable ; sciatique radiculaires aiguë, 418.

JAUZ (Mlle J.-M.). v. *Alliez*.

JAUSION, CALOP et CARLIER. Traitement des prurits ano-génitaux par le chlorhydrate de yohimbine, 519.

JÉQUIER (M.) et DUFOUR (R.). Pupillo-tonie et syndrome sympathique déficitaire associés (Adie et Claude Bernard-Horner atypiques), 495.

JOUANNAIS (Mlle S.). v. *Delay*.

JOURDY. v. *Monbrun*.

JUNG (C.-G.). Psychothérapie et conception du monde, 83.

JUSTIN-BESANÇON (L.), BERTRAND (I.) et PERGOLA (F.). Coma oxycarboné avec hyperthermie prolongée, étude anatomo-clinique, 315,

— et LAROCHE (C.). L'injection intraveineuse de novocaïne au cours des comas prolongés par intoxication oxycarbonée, 517.

K

KEHL (R.). Sur les bases biologiques, les indications et les dangers des thérapeutiques hormonales, 516.

KETTENMEYER. v. *Kleynljens*.

KIFFER (M.). v. *Garcin*.

KLEIN (R.). Cranio-pharyngiome et tumeur du troisième ventricule associés, 482.

— v. *Nicand*.

— v. *Thiébaud*.

KLEYNTJENS. Hémiplegie spastique stabilisée : un cas en cours de rééducation, 193.

— et KETTENMEYER. Maladie de Hodgkin, paraplégie, guérison, 193.

KOECHLIN (A.). v. *Puech*.

KOHLER (Cl.). v. *Dechaume*.

— v. *Gallavardin*.

KORGE (K.). v. *Martinoff*.

KOURILSKY (R.), DAVID (M.), SICARD (J.) et GALEY (J.-J.). Diabète insipide post-traumatique. kyste arachnoïdien de la région opto-chiasmatique, guérison, 203.

KRAYENBUHL (H.). L'anévrysme cérébral, 66.

KRETSCHMER (E.). Méthodes chimiques d'investigation de la constitution et des maladies, 503.

Küss (R.). v. *de Sèze*.

L

LABOUCARIÉ, BECQ, MARTIN et REY. Modifications du liquide céphalo-rachidien après l'électro-choc, 318.

LACOURBE (R.). v. *Michaux*.

LAEDERICH, MONBRUN, Mme DEBAIS et LANGE (M.). Névrite optique atrophique par sulfamidothérapie, 94.

LAERE (J. van). Ependymome du septum lucidum, 191.

—, Etude sur les voies vestibulaires centrales, 298.

LAFITTE (A.). v. *Nicand*.

LAFON (R.). v. *Euzière*.

LAGACHE (D.). La rêverie imageante, conduite adaptative au test de Rorschach, 301.

LAIGNEL-LAVASTINE. Thyroïde et psychoses affectives, 505.

—, DURAND (Ch.) et NEVEU (P.). Effets de la vitaminothérapie dans un cas de confusion mentale grave avec lésions cutanées, 89.

—, LHERMITTE et COCHENÉ. Neuro-épithéliome du sciatique, 296.

LAMOTTE-BARRILLON (Alme). v. *Troisier*.

LAMY et Mlle JAMET. Un « enfant du radium », nanisme et microcéphalie

- à la suite de curiethérapie intracervicale au troisième mois de la grossesse, 425.
- LANDAU (E.). Le réseau sympathique fondamental et le reticulum terminal, 314.
- LANGE (M.). v. *Laederich*.
- LANGERON (L.). Sur le mécanisme de la mort après infiltration stellaire : probabilité d'injection intra-rachidienne, 93.
- et CORDONNIER. Syphilis nerveuses paradoxales, 308.
- LANTHEAUME. v. *Giraud (G.)*.
- LAPEYRE (G.). v. *Wetti*.
- LAPORTE (J.). Réflexions sur l'application des mathématiques au monde sensible, 313.
- LAROCHE (C.). v. *Justin-Besançon*.
- LAROCHE (G.). Les syndromes basedowiens, 504.
- et BARRÉ (Y.). Un cas d'exophtalmie maligne basedovienne post-opératoire. Exophtalmies expérimentales par hormone thyroïdienne, 82.
- LARSON (Chas. P.). Kyste colloïde (paraphysaire) du troisième ventricule, rupture dans le noyau coulé et la capsule interne, 67.
- LATOUR (H.). v. *Janbon*.
- LAUNAY (Cl.) et BORREL-MAISONNY (Mme). Trois observations de crises pseudo-syncopeales ou cataplectiques d'origine névropathique chez des enfants de 2 à 5 ans, 424.
- LAURENT (J.). v. *Desbordes*.
- LAVITY (Mlle S.). v. *Riser*.
- LAZARESCU (S.). v. *Paulian*.
- LECOQ (R.). Alcoolisme expérimental et polynévrite chronique, 80.
- L'acidose, cause principale de la polynévrite aviaire, 319.
- LEDOUX (A.). Méningite morbilleuse épidémique, 418.
- LEFRANC et ORTEGA. Guérison d'un prurit sénile par un antihistaminique de synthèse, 518.
- LÉGER et PERRAUD. Etat de mal épileptique guéri par injection d'air lombaire, 511.
- LE JEMTEL. v. *Thiébaud*.
- LEPAGE. v. *André-Thomas*.
- LEPENNETIER et MORIN. A propos d'un cas d'arthropathie nerveuse, 310.
- LÉPINE (Jean). Sur le pronostic de l'aliénation, 195.
- Les encéphalites, 303.
- LÉPINE (P.). Que faut-il penser de la sérothérapie dans la poliomyélite, 515.
- LEULIER (R.). v. *Delay*.
- v. *Heuyer*.
- v. *Montassut*.
- LEULIER (Mme). v. *Gniraud*.
- LEVADITI (C.). Le virus syphilitique est-il ultrafiltrable ? 79.
- Mode d'action des sulfamides. Rapports entre leur constitution chimique et leurs effets antimicrobiens, 512.
- LEVEAU. v. *Alajouanine*.
- LERMAN. v. *Fromenty*.
- LETAILLEUR (M.). v. *Colomb*.
- LHERMITTE (J.). *Discussion*, 142, 146, 155, 177, 181, 190, 289, 292, 398, 471.
- Allocution de début de présidence de la Société médico-psychologique, 157.
- Les hémorragies des pèdoncules cérébraux, étude clinique, 222.
- et FLEURY. Le syndrome psychique secondaire aux lésions globales du méso-diencephale, 389.
- HEGAEN et BINEAU. Un nouveau cas d'hypersomnie rythmée par les règles, 296.
- MARIE (Julien) et AJURIAGUERRA. Note sur une autopsie de syndrome neuro-réducteur, 315.
- et NEMOURS-AUGUSTE. La dysphagie du premier temps, l'apractophagie, 305.
- et SIGWALD (J.). Le coma hypoglycémique spontané, étude anatomoclinique, 307.
- v. *Laignel-Lavastine*.
- v. *Heuyer*.
- LISSITZKY (S.). v. *Bert*.
- LOOSLI-USTERI (Marguerite). Le test de Rorschach dans la psychopathologie infantile, 197.
- LOYEAU (R.). v. *Michaux*.
- LUMBROSO (A.). v. *Poinso*.
- LUPASCO (St.). Les cadres logiques du fait vital, 206.
- LUQUET. v. *Delay*.

M

- MABON (J.). v. *Chatagnon*.
- MAHOUDEAU (D.). Le syndrome d'hypotension intracranienne, contribution neuro-chirurgicale, 201.
- MAIGNON (F.). Conséquences du déséquilibre parasympathique et sympathique résultant des restrictions alimentaires, 89.
- MÂLE (P.) et AJURIAGUERRA (J. de). Narcolepsie, cataplexie, hallucinose avec intégration de l'expérience hallucinatoire à la personnalité, 266.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 142, 154, 181, 272, 276, 361, 364, 367, 373, 397.
- et AJURIAGUERRA (J. de). Deux cas d'état crépusculaire épileptique muésique, 478.
- et AJURIAGUERRA (J. de). Psychose périodique endogène et psychose épileptique périodique, 348.
- et BUSSOT (M.). Épilepsie infantile à manifestations périodiques psychonéptiques, évolution dementielle,

- scélrose méningo-corticale et tubercules cérébraux multiples, 361.
- , RONDEPIERRE (J.) et COLOMB (D.). Considérations cliniques et anatomiques à propos d'une tumeur cérébrale, 261.
- MARCORELLES (J.). v. *Roger* (H. de Marseille).
- MARIE (Julien), v. *Baudouin* (A.).
- , v. *Lhermitte*.
- MARTIN (R.), SUREAU (B.), BOUCART (N.) et BABOUOT (P.). Guérison d'une méningite à pneumocoques par la sulfapyrimidine, 514.
- MARTIN, v. *Laboucarié*.
- MARTINOFF (G.) et KORGE (K.). Deux cas d'encéphalite hémorragique primitive, localisation particulière, 67.
- MASSART (R.). L'artériotomie temporale comme traitement de la migraine, 92.
- MASSEBŒUF, v. *Guillaume*.
- MASSON (R.). v. *Froment* (J.).
- MAT (E.). La cachexie de type hypophysaire avec hyperpycémie, 506.
- MELLEY (A.). Contribution à l'étude de la ventriculométrie, suivant une méthode empirique, 206.
- MÉNÉGAUX (G.). v. *Verne*.
- MÉRIEL, BRUX (de) et BOLLINELLI. A propos du syndrome de Stokes Adams, 306.
- MERLEN, v. *Gineste*.
- MESSIMY (R.). v. *Guillain*.
- , v. *Mollaret*.
- MEURIOT. La visite à la maison de santé. Symptôme prémonitoire d'un accès maniaque, 288.
- MICHAUX (L.), GALLOT et Mlle GRANIER. Syndrome de Kojewnikow, séquelle d'encéphalopathie infantile, 295.
- , LACOURBE (R.) et Mlle GRANIER. Les paralysies zostériennes et le zona à début paralytique, 503.
- , LACOURBE (R.) et LOYEAU (R.). Les signes pyramidaux au cours de l'épilepsie provoquée par l'électrochoc, 307.
- MICHON (P.). v. *Caussade*.
- MION, v. *Delherm*.
- MOLLARET (P.) et MESSIMY (R.). Atrophie cérébrale progressive à prédominance préfrontale, maladie de Pick probable, 413.
- MONREUX. Cécité par névrite optique atrophique bilatérale consécutive à la sulfamidothérapie, 514.
- et JOURDY. Myopie transitoire consécutive à la sulfamidothérapie, 94.
- , v. *Laederich*.
- MONNIER (M.) et WEXGER (F.). Curarisation par le sulfate de magnésium, action modératrice sur les convulsions provoquées par le triazol, 221.
- MONTASSUT (M.) et Mme SAUGUET (J.). Paranoïa d'involution, 446.
- , Deux cas de démence précoce post-traumatique, 451.
- MONTMOLLIN (R. de). Volumétrie crânienne, cérébrale et ventriculaire combinées; comparaison avec la méthode de Reichardt, 205.
- , v. *Morel* (Ferd.).
- MOOR (P.). Tenue et débilité morales, 75.
- MORBEAU (P.). v. *Bourrat*.
- MOREL (Ferdinand) et MONTMOLLIN (R. de). Ventriculométrie; de la capacité des ventricules cérébraux et ses modifications, 204.
- et MONTMOLLIN (R. de). Ventriculométrie; de la capacité des ventricules cérébraux dans différentes affections cérébrales, 205.
- MORELLE. Considérations sur le traitement des abcès du cerveau, 193.
- MORGENTHAU (W.). Le psychologue et l'époque actuelle, 74.
- , Röpke, 75.
- , Contribution à la psychologie du dessin, 75.
- MORIN, v. *Lepennetier*.
- MORSIER (G. de). Valeur clinique des zones d'hyperesthésie dans les sciatiques, 501.
- et ALPHONSE. Les troubles neurologiques au cours du spondylolisthésis, 502.
- MOULIES, v. *Dubarry*.
- MOUREN (P.). v. *Giraud* (G.).
- MOURIQUAND (G.), COISNARD (J.) et EDEL (Mme V.). Hormones et vitamines. Sur l'antagonisme thyroxyne-vitamine B1, 508.

N

- NANTA (A.) et BAZEX. A propos du traitement arsenical de la névrite optique syphilitique, 93.
- , VINCENT (D.), BAZEX (A.) et ROURE (M.). Sur les lipides et les lipoides dans le sérum des syphilitiques, 208.
- NECTOUX (R.). Lésions cornéennes au cours d'un zona ophtalmique à début oculaire, 502.
- NEMOURS-AUGUSTE, v. *Lhermitte*.
- NESPOULOUS (J.). v. *Perret*.
- NETTER (A.) et TIRET. Épanchements des séreuses dans le myxœdème, 83.
- NEVEU (P.). *Discussion*, 177, 276.
- , v. *Delay*.
- NICAUD (P.), LAFITTE (A.) et KLEIN (R.). Compression du cône terminal et de la queue de cheval par hernie discale et arachnoïdite adhésive, 501.
- NOBÉCOURT (P.). Sexualité et affections de la glande thyroïde dans l'enfance à la jeunesse, 83.
- , Affections de la glande thyroïde et sexualité: déterminisme des phénomènes, considérations thérapeutiques, 84.

O

OFFRET (G.). Sur quelques faits peu connus concernant les exophtalmies, 504.

— v. *Wetti* (H.).

ORTEGA. v. *LeFranc*.

P

PAILLAS (J.-E.). Myxœdème sénile par syphilis tertiaire du corps thyroïde, 505.

— v. *Cossa*.

— v. *Poinso*.

PANGE (Comtesse Jean de, née Broglie). Simples remarques sur notre « temps », 199.

PAGNIEZ (P.-L.) et PLICHET (A.). A propos des relations de l'acné et de la séborrhée avec l'épilepsie, 423.

PARAF (A.). L'acide pyruvique, son intérêt en clinique, 208.

—, L'influence des événements actuels sur la pathologie, 322.

PARROT (J.-L.). v. *Delay*.

PATRY (Ed.). L'épendymite granulomateuse, 306.

PAULIAN (D.), LAZARESCU (S.) et CHILMAN (M.). Chorée et rhumatisme, 71.

PAUTBAT (J.). v. *Rouques* (L.).

PÉHU (M.). Sur le traitement de la « nervosité » infantile, 214.

PERGOLA (F.). v. *Justin-Besançon*.

PERREAU. v. *Léger*.

PERRET (G.). La neurogliomatose à localisations cérébrales et médullaires simultanées, 492.

PERRET et NESPOULOUS (J.). Les abcès du poumon, complication majeure de l'électro-choc, 324.

—, Utilisation de l'électro-choc dans le diagnostic positif de l'épilepsie, 422.

PERRIN (P.). Incontinence d'urine et spina bifida occulta, 512.

— v. *Puech*.

PETIT-DUTAILLIS (D.), COSTE (F.) et de SÈZE (S.). Participation des rebords osseux vertébraux dans certaines compressions sciatiques d'origine discale, 311.

PIAGER (J.). Les trois structures fondamentales de la vie psychique : rythme, régulation, groupement, 74.

PICHEVIN. v. *Torlais*.

PIGNET. v. *Gougerot*.

PLANQUES. v. *Riser*.

PLICHET (A.). A propos de la thérapeutique du tétanos, 92.

—, HENXION (P.) et GIRARD (N.). La stomatite du diphénylhydantoïne de soude, 511.

— v. *Decourt*.

— v. *Pagniez*.

PLUVINAGE (R.). Vitamines et ophtalmologie, 90.

— v. *Chavany*.

POINSO (R.), RECORDIER (A.-M.), PAILLAS (J.-E.) et LUMBROSO (A.). Encéphalite malacique et endocardite maligne végétante chez un enfant de 3 ans, 496.

POIRIER (A.) et GRIMBELLE (A.). Myélite dissocée apparue à la suite d'un zona, 70.

POTIER (Cl.). Perturbations de l'image corporelle dans un cas de psychose hallucinatoire chronique, 487.

— v. *Briau*.

PUECH (P.), PERRIN (P.) et KOECHLIN (A.). L'hypotension intra-crânienne, étude clinique et thérapeutique, 201.

— v. *Baudouin* (A.).

PULPAS (Marianna). La méthode de l'association libre, 200.

Q

QUERCY. Sur l'aphasie de l'électro-choc, 51.

R

RADERMECKER (Mme). Sur une polyradiculonévrite (Guillain-Barré) avec syndrome endocrinologique : alopecie, troubles de la sphère génitale, 194.

RAFFY (Mlle A.). v. *Chauchard* (Mme B.).

RAINBAULT (J.). v. *Chavany*.

RAMADY (J.-A.). Un cas singulier de rhinorrhée cérébro-spinale, 315.

RAMER (P.). Personnalité prépsychotique des schizophrènes résistant aux thérapeutiques de choc, 218.

REBATEL (M.). v. *Bourrat*.

RECORDIER (A.-M.). v. *Poinso*.

— v. *Roger* (H., de Marseille).

RÉMOND (A.). v. *Baudouin* (A.).

RENEVEY (J.-D.). Sur la morbidité tuberculeuse asilaire en période de carence, 492.

REQUET (A.). La sous-alimentation dans les asiles d'aliénés, aperçu clinique, 86.

REY (A.). La psychologie appliquée, discipline para-médicale, 87.

REY (X.). v. *Laboucarie*.

REYNAUD (R.). v. *Euzière*.

RIBADEAU-DUMAS (Ch.). v. *Guillaume*.

RICARD et DEVIC. Méningiome en plaques de la grande aile du sphénoïde, 497.

RICHE (V.) et GROS (Cl.). Sciatique double par gliome de la queue de cheval. ablation, guérison, 311.

RICHT. v. *Alajouanine*.

RISER, COUDEAU et PLANQUES. Les vertiges du vieillard, 305.

—, DUCUING, COUDEAU et GIRAUD. Traitement de la névrite optique syphilitique du type atrophique, 91.

- , GAYRAL, GÉRAUD et LAVITY (Mlle). Contribution à la pathogénie de l'épilepsie, 420.
- , GAYRAL et RUFFIÉ. Dérèglement végétatif intense après méningite pneumococcique, 419.
- ROCHE (R.). Les encéphalites otogènes non suppuratives, 492.
- RÖDERER. A propos du certificat prénuptial, 85.
- ROGER (Henri) (de Marseille), ARNAUD (M.) et PAILLAS (J.-E.). Paraplégie flasque post-traumatique par sarcome intradural, ablation, 498.
- et MARCORELLES (J.). Syringomyélie, malformations rachidiennes et « status dysraphicus », 310.
- et MOUREN (P.). L'angiomatose encéphalo-trigémine, 4.
- et PAILLAS (J.-E.). Arachnoïdite, 497.
- et RECORDIER (M.). Tabés, 309.
- ROGER (Henri) (de Paris). Le rôle des mouvements dans le mécanisme de la pensée, 72.
- RONDEPIERRE (J.). *Discussion*, 182, 471.
- , Vitamines et psychiatrie, 89.
- , v. *Marchand*.
- ROUAULT de la VIGNE, v. *Heuyer*.
- ROQUES (L.), PAUTRAT (J.) et DESCLAUX (P.). Syndromes parkinsonien et de poliomyélite antérieure chronique associés, 499.
- ROURE (M.). v. *Nanta*.
- RUFFIÉ, v. *Riser*.

S

- SAINT-CÈNE (Mlle). v. *Flandin*.
- SAINTON (P.) et BLONDIN (S.). Réactions des glandes thyroïdiennes aberrantes après thyroïdectomie totale, 81.
- SANSOT (M.). v. *Giraud* (G.).
- SANTENOISE (D.), VALETTE (G.) et STANKOFF (E.). Action de la vagotonine sur la glycémie du lapin, 209.
- , VALETTE (G.) et STANKOFF (E.). Action de la vagotonine sur l'insulino-sécrétion, 209.
- SARRAN (R.). v. *Bondet*.
- SASSIER (R.). v. *Gounelle*.
- SAUGUET (Mme J.). v. *Montassut*.
- SCHACHTER (M.). v. *Cornil*.
- SCHURMANS (J.) et TITECA (J.). Fausse anorexie mentale par rétrécissement œsophagien méconnu, 298.
- SERVANTIE (L.). v. *Delmas-Marsalet*.
- SERVIN (Pins). Vers une nouvelle forme de calcul des probabilités, 314.
- SÈZE (S. de). Les bases anatomiques de l'étude des sciatiques, 502.
- , *Discussion* sur la fréquence des sciatiques par compression discale et sur leur traitement chirurgical, 519.

- , GUILLAUME (J.-M.) et CHARBONNEL (A.). Section intra-dure-mérienne d'une racine postérieure du sciatique pour une sciatique discale très rebelle, 520.
- et KÜSS (R.). Le substratum anatomique de la sciatique commune, 315.
- , v. *Guillaume*.
- , v. *Petit-Dutaillis*.
- SHELDEN (H.). v. *Craig*.
- SIGARD (A.). Le problème thérapeutique de la sacralisation douloureuse, 520.
- SIGARD (J.). v. *Kourilsky*.
- SIEGFRIED (S.). Recherches sur le cours de la maladie et la parenté des schizophrènes résistant aux thérapeutiques de choc, 218.
- SIGWALD (J.). Vitamines et maladies du système nerveux, 90.
- , v. *Lhermitte*.
- SORREL (Elt.), ANDRÉ-THOMAS et HUGUENIN. Sympathogonisme intra-rachidien, 484.
- et SORREL-DÉJERINE (Mme). Ostéite fibrokystique localisée à une vertèbre, 295.
- SORREL-DÉJERINE (Mme). v. *André-Thomas*.
- , v. *Sorrel*.
- SOUCHON (H.). v. *Bondet*.
- SOULAIRAC (A.). *Discussion*, 182, 471.
- , Hormones sexuelles et troubles mentaux, 84.
- , v. *Delay* (J.).
- SOUQUES (M.-A.). Constantin l'Africain et l'anatomo-physiologie des centres nerveux, 300.
- SPRENG (H.). Rapports entre la psychologie appliquée et l'hygiène mentale, 76.
- STAEHELIN (A.). Epilepsie tardive après lésion cérébrale par balle, 69.
- STANKOFF (E.). v. *Santenoise*.
- STRANSKY (E.). De l'utilisation du sérum physiologique comme adjuvant thérapeutique, 517.
- STRAUSS (Hans). Crises jacksoniennes d'origine réflexe, 68.
- SUREAU (B.). v. *Martin* (R.).
- SUTTEL (R.). v. *Vié*.

T

- THÉVENARD (A.). L'acropathie nécro-mutilante familiale, 310.
- THÉVENIN (Mme L.). v. *Gallavardin*.
- THIÉBAUT (F.), GUILLAUMAT et KLEIN (R.). Anévrysme artério-veineux intra-crânien traumatique, 482.
- et KLEIN (R.). Kyste dermoïde de l'étagé moyen de la base, ablation, 486.
- , KLEIN (R.) et LE JEMTEL. Méninéo-giome en plaque du ptérion, 482.
- , TROTOT et WOLINETZ. Sciatique avec anomalie du cul-de-sac sous-

- arachnoïdien sacré, intervention, 485.
- THORNER (M.-W.), ALPERS (B.-J.) et YASKIN (J.-C.). Paralyse aiguë ascendante (maladie de Landry), étude clinico-pathologique, 69.
- THUREL (R.). L'hématome sous-dural traumatique, 222.
- , Exophtalmie unilatérale au cours d'angiome du chiasma, 483.
- , v. *Atajouanine*.
- TIFFENEAU (R.) et BEAUVALLET (Mlle.). Etude pharmacodynamique de la diphenylhydantoïne et de quelques hydantoïnes disubstituées, 511.
- TITECA (J.). Pathogénie et essai de prévention des abcès pulmonaires au cours de la convulsivothérapie, 298.
- , v. *Schuermans*.
- TIRET, v. *Netter*.
- TISSERAND (Mlle M.). v. *Turpin*.
- TORLAIS, PICHEVIN et GERMAIN. Traitement de la syphilis par l'arsénoxyde, 93.
- TOSQUELLES (F.). v. *Bonnafé*.
- TOURNAY (A.). Réflexions d'un neurologue sur les séquelles de polio-myélite, 500.
- TOYE et VANECLOO (M.). Les états psycho-neurasthéniques, aperçus psychobiologiques et thérapeutiques, 304.
- THOISIER (J.) et LAMOTTE-BARRILLON (Mme). Fréquence actuelle de la méningite tuberculeuse de l'enfant, 417.
- TROTOT, v. *Thiébaud*.
- TURPIN (R.), TISSERAND (Mlle M.) et ZAZZO (R.). Etude psychologique et motrice de jumeaux monozygotes en miroir, 425.

V

- VALDENNAIRE, v. *Hacquard*.
- VALETTE (G.). v. *Santenaise*.
- VANDEL (A.). Hermaphroditisme expérimental; l'embryogénie des organes génitaux, 506.
- VANECLOO (M.). v. *Toye*.
- VANHAECKE, BRETON (A.) et GUIDOUX. L'arséniémie dans le traitement de la syphilis, 510.
- , BRETON (A.) et GUIDOUX. La novocaïne intraveineuse, 517.
- VERGER, v. *Dubarry*.
- VERLIAC (F.). v. *Binet*.
- , v. *Decourt*.
- VERNE (J. et A.), MÉNÉGAUX (G.) et DUREL (P.). Sur les actions toxique et bactériostatique des sulfamides par la méthode des cultures de tissu, 512.

- VIALLEFONT (H.). v. *Euzière*.
- VIDAL (J.). Etat de mal convulsif au cours d'un syndrome de Stokes-Adams par infarctus du myocarde, 306.
- , FOURCADE et GIRARD (Mlle). Encéphalite tuberculeuse terminale de type inflammatoire au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë, 417.
- VIDART (Lionel). v. *Delay* (J.).
- VIÉ (J.). Les méconnaissances systématiques. Etude séméiologique, 229.
- , Le substratum morbide et les stades évolutifs des méconnaissances systématiques, 440.
- et SUTTEL (R.). Techniques morbides, exemples empruntés à des travaux féminins spontanés, 357.
- VINCENT (H.). Nouvelles remarques sur les localisations nerveuses de la neurotoxine colibacillaire, myélite et encéphalite, 419.
- VISCHER (A.-L.). Conception du monde et âge, 76.

W

- WEBER (M.-L.). v. *Wolfe* (M.-O.).
- WELTI (H.). Goitre, 516.
- et LAPEYRE (G.). La chirurgie du Basedow et le problème des « psychoses » thyroïdiennes, 81.
- et OFFRET (G.). L'exophtalmie basedowienne maligne, 82.
- et OFFRET (G.). Manifestations oculaires peu connues de la maladie de Basedow, 83.
- , v. *Atajouanine*.
- WENGER (F.). v. *Monnier*.
- WOLFE (M.-O.) et WEBER (M.-L.). Hémiatrophie faciale progressive, un cas avec états syncopaux et androgynomorphisme.
- WOLINETZ (E.). v. *Chavany*.
- , v. *Thiébaud*.

Y

- YASKIN (J.-C.). v. *Thorner*.

Z

- ZABOROWSKI (M.). Séquelles psychiques des traumatismes crâniens de l'enfance, 491.
- ZAZZO (R.). Les paradoxes du Binet-Simon, 302.
- , v. *Turpin*.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ANGIOMATOSE ENCÉPHALO-TRIGÉMINÉE

*Angiomes facio-corticaux avec épilepsie et troubles
psychiques*

PAR

H. ROGER et P. MOUREN (de Marseille)

La pathologie ne se borne plus à scruter les cas cliniques isolés, ni à décrire les diverses entités morbides. Elle s'efforce de plus en plus d'envisager les maladies de système, systèmes réticulo-endothélial, mésodermique, ectodermique et même neuro-ectodermique, étant donné la même origine embryonnaire des tissus cutané et nerveux. L'étude des tumeurs n'échappe pas à cette orientation.

Il y a une vingtaine d'années, l'un de nous a personnellement proposé de réserver le nom de « neuro-ectodermome » aux néo-formations, souvent d'allure bénigne, qui ont une prédilection pour la peau et le système nerveux.

Nous avons rangé dans ce groupe, avant tout et surtout, la neurogliomatose de Recklinghausen, dont on connaît les localisations périphériques et centrales (encéphaliques, médullaires), puis la sclérose tubéreuse de Bourneville, caractérisée par de petites néo-formations cérébrales entraînant l'épilepsie et par de petites tumeurs péri-buccales dénommées adénomes sébacés de la



face, enfin, la maladie de Lindau, se traduisant par des angiomes du cervelet ou du bulbe et par des angiomes rétiniens.

Outre leur systématisation particulière, ces maladies se distinguent par leur caractère congénital, souvent héréditaire et familial : d'où le nom de dysplasies neuro-ectodermiques congénitales que L. van Bogaert leur a donné. La plupart de ces neuro-ectodermomes ont pour symptômes fréquents des crises comitiales et des troubles psychiques.

Il peut y avoir, en particulier dans l'angiomatose, une participation mésodermique, qui n'enlève pas cependant leur individualité systématique à ces maladies.

La topographie des tumeurs cutanées adopte souvent une disposition métamérique. Il y a parfois une superposition étroite entre les territoires cutané et nerveux atteints ; nous avons observé plusieurs cas de tumeurs de l'acoustique avec neuro-fibrome des régions homolatérales de l'occiput ou de la nuque. Une pareille concordance de siège est encore plus étroitement réalisée dans une autre maladie, qu'on peut, elle aussi, ranger dans le cadre des neuro-ectodermomes, et à laquelle on a donné le nom d'angiomatose encéphalo-trigémينية.

Elle se caractérise :

1° par un nævus occupant une hémiface dans le territoire d'une ou de deux branches du trijumeau ;

2° par des angiomes de l'encéphale, localisés du même côté, et se traduisant :

a) au point de vue neuro-psychiatrique, par des crises d'épilepsie souvent jacksonienne, par des troubles psychiques, par une hémiplégie ou une hémiparésie ;

b) au point de vue radiologique, par des opacités frontales et occipitales.

A l'occasion d'un cas que nous venons d'observer avec Mouchette, et dont l'observation détaillée a été communiquée au Comité Médical des Bouches-du-Rhône, le 18 juin 1943 (*Marseille Méd.*, déc. 1943), nous croyons utile de dresser le tableau d'ensemble de cette affection.

HISTORIQUE

Pareille association de nævus facial et d'angiome cérébral homo-latéral paraît avoir été signalée pour la première fois par Launois et Bernoud (1898). Depuis lors elle a fait l'objet de nombreux travaux, en particulier de la part de Cushing et Bailey,

d'Olivecrona, de Weber qui découvrent les images radiologiques, de Knudd Krabbe, de Crouzon qui donne son nom à la maladie, etc...

ETUDE CLINIQUE

1° Le *nævus* facial, de coloration plus ou moins vineuse, plan ou légèrement surélevé, est assez étendu pour frapper l'observateur.

Il est unilatéral. Il occupe surtout la région frontale où il peut rester localisé. Il s'étend souvent à la racine des cheveux vers la région temporo-pariétale et en bas vers la partie supérieure de la face. Il se propage parfois à la muqueuse nasale (Charamis, Crouzon, Christophe et Gaucher). Chez notre malade il infiltrait en outre la conjonctive qui était anormalement vascularisée.

On peut rencontrer des taches rouges aberrantes dans la région occipitale (Moniz et Almeida), ou, comme dans notre cas, une ébauche *nævique* dans la conque de l'oreille, mais toujours du même côté.

Exceptionnellement l'angiome est plus discret, réduit à la dimension d'un petit pois et siégeant au niveau de la queue du sourcil (Paillas, Guillot et Gallian) ou demande même à être recherché dans le cuir chevelu.

On rencontre parfois en même temps d'autres *nævi* localisés aux membres, soit du même côté (Bau-Prussak, Sézary), soit des deux côtés (Vinecent et Heuyer).

2° Le **tableau neuro-psychiatrique** est constitué par les crises comitiales, les troubles psychiques, l'hémiparésie.

a) *Les crises comitiales* dominent la scène. Elles apparaissent habituellement de très bonne heure, à l'âge de 3 mois (notre malade, Laignel-Lavastine), 7 mois (Mouriquand et Bernheim), 8 mois (Moniz), 1 an (Rogers). Elles sont souvent généralisées (Crouzon, Charamis). Elles affectent parfois le type jacksonien et siègent alors du côté opposé au *nævus*. Fait assez particulier, elles sont exceptionnellement localisées du même côté (Moniz, cas personnel).

Les paroxysmes sont plus ou moins fréquents, toutes les semaines, tous les mois ; il est rare qu'ils se présentent sous la forme d'état de mal.

b) *Les troubles psychiques* vont de la débilité mentale (Launois et Bernoud, Moniz), de l'arriération mentale (Crouzon) jusqu'à l'idiotie (Butterworth). En dehors d'un certain degré de déficience psychique, notre cas se distingue par de gros troubles du caractère et du comportement, qui ont nécessité l'internement à

diverses reprises, à cause des violences vis-à-vis de l'entourage, violences qui, même à l'asile, ont nécessité des moyens de contention. Ces violences n'étaient pas toujours post-paroxystiques.

c) Une *hémiparésie*, plus ou moins accusée, est signalée dès l'enfance (Launois, Galezowski) ;* elle offre le type de l'hémiplégie infantile avec sa spasticité et son atrophie caractéristiques (Mouriquand). Plus rarement elle survient plus tard, accompagnant chaque paroxysme jacksonien (Laignel-Lavastine, Bau-Prussak, Rogers) ; exceptionnellement elle s'installe à l'âge adulte et d'une manière progressive (Paillas, Guillot et Galien).

Une hémianopsie compliquait le cas de Vincent et Heuyer.

Quelques malades se plaignent de céphalées post-paroxystiques (Moniz) ou intercalaires (Paillas), mais il n'y a pas en général de syndrome d'hypertension intra-cranienne.

Le liquide céphalo-rachidien est normal.

L'auscultation soigneuse du crâne et de l'orbite, que l'on néglige trop souvent en pareil cas de tumeur vasculaire, révèle parfois un souffle léger (Bethoux, Paillas).

3° Les images radiologiques, comme Parkes-Weber y a insisté, sont souvent caractéristiques.

Le cliché cranien montre des traînées flexueuses, entrelacées, vermiculaires, d'aspect festonné, grillagé, parfois une opacité plus diffuse, mais à contours toujours sinueux, ou même à double contour.

Ces ombres calcifiées siègent le plus souvent dans la région temporo-occipitale et du même côté que le naevus facial. Chez notre malade, nous trouvons de telles ombres irrégulières à la région occipitale, mais nous remarquons au niveau de la région frontale une opacité diffuse s'arrêtant d'une manière très nette sur la ligne médiane et se prolongeant en bas vers l'apophyse orbitaire externe. Cette opacité est nettement sous-jacente au naevus frontal. Dans le cas de Laignel-Lavastine, de Betoux, Isnel et Marcoulidès, on retrouve la même superposition topographique de l'image frontale calcifiée et de l'angiome occupant la zone supérieure du trijumeau.

L'origine de ces opacifications a été discutée.

Plusieurs chirurgiens, en opérant de pareils malades, ont observé des paquets de veines dilatées recouvrant l'écorce (Rogers). Lambert, au cours d'une intervention, a rencontré un petit angiome plexiforme extra-dural de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne, communiquant avec un important anévrisme plexiforme artérioveineux de l'écorce sous-jacente. Les images anormales sont donc bien dues dans un certain nombre

de cas au dépôt de sels calcaires dans les vaisseaux de l'angiome.

Mais Knudd-Krabbe, dans une de ses autopsies, ne constate, au niveau des circonvolutions aplaties du lobe temporal, qu'une circulation abondante sans véritable angiome. Les granulations calcaires, la plupart microscopiques, ne siègent pas dans la pie-mère, mais dans les deuxième et troisième couches du cortex, dont les cellules sont remplacées par de la névroglie fibrillaire. L'artériographie, pratiquée dans leur cas par Moniz et Lima, ne donne nullement les caractères de l'angiome, ne montre pas de relation entre les calcifications et la circulation veineuse ; il y a seulement dans l'hémisphère cérébral atteint une circulation plus lente que dans l'hémisphère sain. Il s'agirait alors de néoformations non vasculaires analogues à celles que l'on rencontre dans la sclérose tubéreuse ; il existe d'ailleurs souvent une aplasie du lobe occipital. La dénomination d'angiomatose encéphalo-trigéminee ne s'appliquerait plus à tous les cas, et Moniz propose de donner à cette affection le nom de *maladie de Knudd-Krabbe*.

L'encéphalographie gazeuse montre à Bethoux une corne frontale non remplie d'air, déformée et abaissée. La ventriculographie était normale dans le cas de Paillas, Guillot et Galien.

FORMES CLINIQUES

La forme banale ne s'accompagne pas de *lésions oculaires*, sauf parfois d'un naevus conjonctival. Nous trouvons toutefois dans quelques observations : une irido-cyclite torpide avec cataracte (Charamis), une choroïdite atrophique (Van Bogaert), une papille petite, excavée, blanc nacré avec vaisseaux plus volumineux (Crouzon), une légère exophtalmie avec hypertension rétinienne double de celle du côté opposé (70 au lieu de 35) avec fond d'œil normal (notre cas).

Une forme assez particulière se distingue par l'existence d'un *glaucome*. En 1879, Sturge décrit l'association d'un naevus facial, d'un glaucome congénital et de crises épileptiformes contralatérales. Granstrom réunissait en 1935, dans la littérature, une soixantaine de cas de cette maladie, parfois confondue avec l'angiomatose encéphalo-trigéminee typique, mais qui doit en être distinguée. On lui donne le nom de *maladie de Sturge-Weber*, du nom de l'ophtalmologiste anglais qui l'a le premier délimitée et du nom de celui qui a insisté sur les images radiologiques calcifiées. Dans cette affection, d'une manière peut-être encore plus fréquente que dans l'angiomatose encéphalo-trigéminee pure, les autopsies (Bergstrand, Brouwer) confirment l'absence de relations des calcifications avec les capillaires. Chez un malade de

G. de Morsier et Franceschetti, l'absence de remplissage du ventricule du côté des calcifications occipitales prouve que la malformation n'est pas limitée à l'écorce ni au cerveau postérieur, mais s'étend à des régions plus profondes et plus antérieures.

Le glaucome a été successivement rattaché à la stase veineuse (il y a souvent des téléangiectasies de la choroïde), à une malformation congénitale, à des troubles sympathiques.

On peut lui voir associer un gliome de la rétine (Van der Hoeve).

PARENTÉS NOSOLOGIQUES

On ne peut manquer d'établir un rapprochement entre l'angiomatose encéphalo-trigémisée et une autre entité morbide se traduisant elle aussi par des angiomes cérébraux, la *maladie de Von Hippel-Lindau*, du nom des deux auteurs qui ont décrit, le premier, l'angiomatose kystique de la rétine (1903), et le second, l'association avec des angiomes des centres nerveux (1926) et avec parfois des malformations viscérales du type polykystique. Mais une différence capitale réside dans l'absence du nævus facial concomitant et dans le siège sous-tentorial des malformations vasculaires.

Il existe cependant une série de cas intermédiaires. Dans la maladie de Lindau, il peut coexister des angiomes cutanés situés en diverses parties du corps, et dans de rares cas d'angiomatose encéphalo-trigémisée, on a signalé des altérations du fond d'œil rappelant la maladie d'Hippel : tel le débile mental d'Oppenheim, épileptique atteint de nævus facial, qui présente trois tumeurs arrondies de la rétine. Tel un malade d'Aust, frappé d'hypertension intra-cranienne et porteur d'un petit angiome de la racine des cheveux, chez lequel on découvre à l'examen du fond d'œil des noyaux gliomateux. Tel le malade de Bethoux, Isnel et Marcoulidès, qui, à côté d'un nævus frontal droit et d'une hémiplégie gauche, avait des vaisseaux rétiens dilatés et flexueux. Tel le cas de Galezowsky, où des taches foncées, bien circonscrites, de la choroïde ressemblaient à un nævus choroïdien.

Autre point de ressemblance, l'angiomatose encéphalo-trigémisée peut être héréditaire (Kufs), tout comme la maladie de Von Hippel et Lindau.

EVOLUTION

L'affection est à tort considérée comme relativement bénigne. La répétition fréquente des crises comitiales, les troubles psychiques, font souvent de ces malades de véritables infirmes.

Les crises débutent souvent dans la première enfance, puis au bout d'un certain nombre d'années se stabilisent. Cependant, on rencontre parfois une aggravation progressive, comme dans le cas de Paillas : paresthésies de la main à 15 ans, myoclonies de l'épaule à 20 ans, convulsions à début jacksonien se généralisant rapidement et aboutissant à un coma prolongé à partir de 25 ans. Les crises et l'hémiparésie ne débutent qu'à la trentaine chez un malade de Subirana. La maladie n'est donc pas toujours fixée dès l'enfance et a parfois une marche évolutive.

Il y a exceptionnellement des poussées d'hypertension intracranienne.

Pareils angiomes sont-ils susceptibles de provoquer des hémorragies méningées à répétition comme celles signalées par Vincent, Hartmann et Delaire dans un cas, qui par ses lésions rétiennes s'apparentait à la maladie de Von Hippel mais qui rentrait plutôt dans le cadre des angiomes racémeux ? Le malade de Bethoux, normal jusqu'à l'âge de 10 ans, fit alors une « ménin-gite » suivie d'hémiplégie durable, au cours de laquelle le liquide céphalo-rachidien fut sanguinolent. Pareille éventualité paraît toutefois rare. D'ailleurs, l'hémorragie ne provient pas toujours d'un angiome cérébral : dans un cas de maladie de Von Hippel, publié par Bonnet, Paufigue et Girard, un jeune homme atteint d'hypertension intra-crânienne présente du liquide rosé dès le début de la ponction ventriculaire et meurt peu après ; l'autopsie montre l'absence d'angiome, mais l'existence d'hémorragies cérébro-méningées multiples. Celles-ci sont liées, chez ce garçon de 18 ans, à des altérations vasculaires dégénératives identiques à celles des vieux artério-scléreux. Dans ces maladies vasculaires spéciales, il n'y a pas seulement des néoformations vasculaires, mais encore une fragilité particulière des vaisseaux.

TRAITEMENT

En dehors du traitement symptomatique destiné à combattre l'épilepsie, peut-on intervenir plus efficacement ?

La *radiothérapie* pénétrante est fortement conseillée par Cushing, par Clovis-Vincent.

Malgré l'étendue de son *nævus* facial, notre malade avait été soumise dès l'enfance à la *radiumthérapie*, qui n'a pas arrêté l'évolution des crises. Par contre Subirana et Carulla disent avoir obtenu des améliorations notables dans deux cas.

Doit-on attendre quelque secours de la *chirurgie* ?

Deux opérations ont été préconisées.

Théoriquement plus curatrice, l'électro-coagulation de l'angiome cérébral est malheureusement délicate et dangereuse à cause d'hémorragies difficiles à enrayer (Cushing) : nous avons vu en outre que les calcifications cérébrales ne correspondent pas toujours à des angiomes cérébraux. Cette opération sera à réserver au cas d'hémorragies récidivantes ou de poussée hypertensive intra-cranienne. Elle aura plus de chance de succès quand les vaisseaux auront été en partie affaiblis par la radiothérapie.

On a plutôt recours à la *ligature de la carotide*, qui essaie de diminuer l'afflux sanguin au cerveau. Les résultats sont inconsistants. Si la parésie s'était améliorée et si les crises ne s'étaient pas renouvelées dans les mois suivants chez la malade de Paillas, elles persistaient, quoique atténuées, chez le malade de Rogers.

Notre malade continue à présenter crises et troubles du caractère.

Bibliographie

On consultera surtout : les deux ouvrages de CUSHING et BAILEY : *Tumeurs des vaisseaux cérébraux ; malformations angiomaieuses et hémaugiones*, Springfield éditeur, 1928. — DE BERGSTRAND, OLIVECRONA et TOUNIS : *Malformations et tumeurs des vaisseaux cérébraux*, Georges Thieme éditeur, Leipzig, 1936. — la Thèse de LAFON (Lyon, 1934) et l'article de KNUDD-KRABBE : Angiomatose faciale et méningée associée à des calcifications du cortex cérébral. *Arc. of Neur.*, vol. 32, octobre 1934, p. 737-756.

Voir en outre : BURMESTER : Hémangiomes de la face et du cerveau. *All. Zeits. f. Psyc.*, 105, n° 1-3, 1936, p. 106. — BUTTERWORTH : Angiomatose encéphalo-trigémينية chez un épileptique idiot. *Arc. Derm. a. Syph.*, 35, n° 6, 1937, p. 1159. — GRAMER : Nevus facial, hémangiomes craniens et intra-cranien avec psychose. *Soc. Suisse Psyc.*, 31 mai 1942. — KYLIN et KJELLIM : *Acta Med. Scand.*, 88, 1936. — PAILLAS, GUILLOT et GALLIAN : Angiomatose encéphalo-trigémينية avec hémiparésie et épilepsie. Ligature de la carotide primitive. Amélioration. *Marseille Médical*, 15 sept. 1943, p. 496-503. — SCHIÖTZ : Angiomatose encéphalo-trigémينية, épilepsie. *Acta Psyc. et Neur.*, vol. 10, fasc. 4, 1935, p. 683. — SÉZARY, DUCOURTIOUX et TURPIN-ROTTVAL : Angiome hémifacial avec crises jacksoniennes et angiome ostéo-hypertrophique homolatéral du membre supérieur. *Soc. dermat. et syph.*, décembre 1940, n° 5, p. 436. — TOURAINE, SOLENTE et PIQUART : Angiomatose encéphalo-trigémينية. *Soc. Franç. de dermat. et syph.*, 10 décembre 1936.

Pour la maladie de Sturge-Weber, se rapporter à l'article de G. DE MORSIER et FRANCESCHETTI, *Schweiz. Med. Woch.*, 1937, n° 14, p. 285. Voir en outre : ESSER, *Arch. für. Syph. u. Nerven.*, t. CXIII, n° 2, 1941, p. 440-452. — KOCH : Hérité de la maladie de Sturge-Weber. *Zeitsch. f. ges. Neur. u. Psyc.*, 1940, fasc. 168, n° 4-5, p. 614. — VOLLAND : Calcifications intra-cérébrales : la forme idiopathique avec tableau extra-pyramidal prédominant. Remarques sur la maladie de Sturge-Weber. *Arch. f. Psy. u. neur.*, 1940, III, fasc. I, p. 5.

LES PSYCHOSES DE LA SYPHILIS PRIMAIRE ET DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

PAR

ANDRÉ BARBÉ

Historique — Etiologie — Pathogénie

C'est à dessein que ces trois mots ont été réunis pour constituer un chapitre d'ensemble, car ils vont nous montrer, non seulement les progrès accomplis dans l'étude des rapports qui unissent la syphilis à la psychiatrie, mais encore l'état actuel de nos connaissances sur cette question.

Dans une *première période*, ou période de début, on soupçonnait simplement ces rapports : c'est ainsi qu'Astruc (1755) signalait la syphilis comme une cause possible de troubles mentaux ; mais il faut arriver jusqu'à Esquirol (1838) pour trouver une étude un peu approfondie du sujet. Cet auteur, considérant la syphilis comme une cause physique de la folie, déclare que celle-ci détermine parfois certains troubles à évolution rapide, qu'il décrit sous le nom de « démence aiguë », et soupçonne même les rapports qui unissent la syphilis à la paralysie générale. Quelques années plus tard, Marcé (1862) écrivait : « Des faits cliniques soigneusement observés permettent d'affirmer que la syphilis est quelquefois cause de folie », et ajoutait : « La syphilis n'agit pas directement sur la folie à la manière d'un agent toxique, elle agit uniquement par l'intermédiaire de modifications organiques qu'elle fait subir à l'économie. »

Dans une *seconde période* (essentiellement clinique), Fournier (1879) affirme l'existence de troubles psychiques d'origine syphilitique. Il mentionne un groupe de psychoses qu'il propose d'appeler la « folie syphilitique véritable », déclare qu'on ne leur a pas donné assez d'importance et qu'il s'agit en réalité d'une exci-

tation cérébrale due à la syphilis ; aussi écrit-il : « La folie syphilitique n'a pas encore droit de cité dans la pathologie officielle. Pourtant je tiens pour certain, quant à moi, que la syphilis est susceptible de créer des troubles cérébraux qui constituent des vésanies confirmées, patentes, indéniables. »

Cette opinion est confirmée par Rumpf (1887), Victor Parant (*Ann. méd.-psych.*, nov. 1888), Meynert qui décrit l'amentia d'origine syphilitique, Nonne qui dit que cette amentia est l'un des plus récents incidents morbides dont les caractéristiques aient été établies par les aliénistes, et qu'elle est toujours accompagnée ou non de parésies ; enfin par Oppenheim qui écrit : « Il semble qu'il existe une variété de la méningo-encéphalite diffuse qui évolue sous forme d'une psychose aiguë accompagnée de symptômes méningitiques. » Citons également les publications de Colleti (1889), Dawson (1901), Schaikewitseh (1901) Potowsky (1902) et Galiana (1903).

Mais, jusqu'à cette époque, on admettait que la syphilis, pour agir sur le système nerveux, devait trouver en celui-ci un terrain préparé, qu'il fallait qu'il y eût une prédisposition (dégénérescence, état congénital), la syphilis jouant le rôle de cause occasionnelle ou acquise.

Enfin, dans une *troisième période*, ou période contemporaine (surtout biologique et anatomo-clinique), les nombreux auteurs dont nous retrouverons les noms au cours de cet article ont montré que le terme de psychose syphilitique ou de syphilis mentale devait être employé dans son sens le plus large pour exprimer l'idée du rôle étiologique *essentiellement infectieux* que joue la syphilis dans les différents troubles mentaux dont elle est l'origine.

Cette étude historique nous montre l'évolution des idées sur ce sujet, évolution d'ailleurs très lente et qui, après une période d'hésitation et d'incertitude, a pu, grâce à la biologie, à l'anatomie pathologique, à l'expérimentation et à la clinique, montrer l'importance considérable de la syphilis dans la genèse des troubles mentaux.

FRÉQUENCE. — Il n'y a pas de statistique d'ensemble concernant la fréquence des troubles mentaux dans la syphilis, et cela se comprend car il y aurait trop de causes d'erreur pour donner des chiffres valables. Selon Damaye et Poirier (*Le Prog. méd.*, n° 36, sept. 1931), elle ne semble pas fréquemment en cause dans l'étiologie des psychoses autres que la paralysie générale ; cependant, elle pourrait bien être directement ou indirectement un fac-

teur d'aliénation relativement fréquent, selon Vedder et Hough (*Journ. of the amer. med. assoe.*, mars 1915) ; la clinique, l'anatomie pathologique et surtout la biologie le démontrent, mais cela ne veut pas dire que tous les troubles mentaux que l'on constate chez des syphilitiques reconnaissent comme cause la syphilis, car il peut y avoir simplement coexistence des deux ; c'est le rôle du clinicien de faire la discrimination entre ce qui ressort de l'infection tréponémique et ce qui n'a aucun rapport avec elle.

INFLUENCE DU TERRAIN. — La syphilis peut agir seule, c'est-à-dire être la cause unique et directe des troubles mentaux (psychoses syphilitiques proprement dites), ou agir indirectement. Elle devient alors une cause aggravante ou prédisposante dans certaines psychoses qui n'ont rien de syphilitique par elles-mêmes (Hoven, *Bull. de la Sté elinique de méd. ment.*, 1923 ; *Congr. des alién. et neur. de France et des pays de langue franç.*, XXVIII^e sess., Bruxelles, août 1924) telles que la confusion mentale, la démence précoce, la démence sénile, l'épilepsie et l'arriération intellectuelle. Il s'agit alors d'une prédisposition héréditaire (dont le type est la *dégénérescence*) (Ameline, *L'Encéphale*, 1913, II) ou acquise : elle peut donc coexister avec d'autres maladies organiques du cerveau mais elle exerce alors une action modificatrice sur la psychose (Barnes, *Méd. record*, oct. 1912). On peut également faire jouer un rôle à l'ancienneté de l'importation du tréponème dans le pays (Sézary, *Presse médic.*, n° 1, janv. 1926), aux intoxications, surtout l'alcool (Pactet, Guiraud et Szumlanski, *Bull. de la Sté elin. de médecine ment.*, 1927) et au surmenage dont l'action est, comme dans la paralysie générale, probablement bien discutable (Barbé et Sézary, *La Médecine*, févr. 1927).

VALEUR DU MICROBE. — Pour expliquer l'origine syphilitique de certains troubles mentaux, certains auteurs (Morel-Lavallée, *Gazette des hôp.*, mars 1892, n° 33 ; Nonne, A. Marie et Levaditi, *Rev. de méd.*, 1920, n° 1 ; Sanguinetti) ont invoqué l'existence d'une *dualité du tréponème*, ce qui expliquerait la présence d'une *syphilis dermatrope* et d'une *syphilis neurotrope*. Cette opinion, que nous n'avons pas à discuter ici, n'est pas admise par la plupart des auteurs (Sicard J.-A., *Presse méd.*, juillet 1920, Sézary, Ruata, Mlle Serin et Picard (Jean), *Soc. de psych.*, déc. 1927, *Encéphale*, 1928) qui lui opposent des arguments bactériologiques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques.

PATHOGÉNIE. — Comme l'a dit Sézary : « Nous ne connaissons bien la syphilis qu'après avoir précisé comment l'organisme et

les divers viscères réagissent vis-à-vis du tréponème ». Les tréponèmes provoquent des désordres d'abord vasculo-méningés, ensuite conjunctivo-vasculaires, mais n'occasionnent pas immédiatement de lésions se traduisant par des symptômes cliniques ; il y a une phase latente pouvant s'étendre sur de longues années, cliniquement muette, mais dans laquelle il est possible par l'étude du liquide céphalo-rachidien, de dépister dans bien des cas des réactions discrètes du système nerveux (Ravault, *Presse méd.*, sept. 1911, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, n° 20, mai 1927).

Cette étude du liquide céphalo-rachidien révèle en effet l'existence d'une *méningite* qui serait, pour Sézary, le témoin et non la cause des lésions nerveuses parenchymateuses ; elle serait « une réaction banale de la séreuse au voisinage du foyer de pullulation du spirille ».

Cette lenteur dans l'apparition des symptômes cliniques tiendrait également à ce que, d'après Sézary, le tissu nerveux possède vis-à-vis du tréponème une certaine immunité naturelle qui ne suffit pas à le protéger contre le spirille, mais retarde son développement ; comme le tissu nerveux ne participe pas dès la période secondaire à l'immunité que vient d'acquérir l'organisme tout entier, les tréponèmes qui l'ont envahi s'y trouvent à l'abri ; ils peuvent s'adapter, puis pulluler, et déterminer enfin des lésions.

La syphilis, qui se comporte à cette période d'infection comme un poison éleatif du système nerveux (Gordon (Alfred), *Monthly Cyclop. and méd. Bull.*, avr. 1909, vol. II) produit plus tard des lésions d'artérite syphilitique cérébrale assez analogues à celles que l'on observe dans l'artério-sclérose (Galli (Giovanni), *Riforma medica*, avril 1908, an XXIV) ; ces lésions artérielles, qui s'accompagnent le plus souvent de méningite, provoquent des altérations diffuses et incurables (Ruata G., *Note c riv. de psichiat.*, 1^{er} fasc. 1921).

ETUDE BIOLOGIQUE, ANATOMO-PATHOLOGIQUE, HISTOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE. — L'origine syphilitique de certains troubles mentaux paraît bien démontrée aujourd'hui par :

la biologie : réactions humorales d'ordre général et spécial dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien ;

l'anatomie et l'histologie pathologique, la bactériologie dont nous ne ferons ici que résumer les données essentielles. On a trouvé les tréponèmes dans les méninges (surtout la pie-mère), les artères (dans les vaisseaux et autour de ceux-ci) (Westphall et Sioli, *Arch. f. Psychiat.*, vol. LXVI, n°s 3-4), l'écorce cérébrale,

les centres nerveux et au niveau des foyers inflammatoires (Strasmann, *Deut. Zeit. für Nervenhe.*, Bd 40, n°s 5-6, 1911) car les tréponèmes seraient surtout nombreux dans les régions en voie de nécrose, donnant plus tard la méningite syphilitique chronique, et l'atrophie des cellules nerveuses.

Disons maintenant quelques mots de ces lésions.

La méningite syphilitique, surtout marquée à la surface du cerveau, consiste dans une infiltration péri-vasculaire intense qui peut devenir franchement gommeuse et envahir le parenchyme nerveux, d'où la distinction entre une méningite scléreuse et une méningite scléro-gommeuse (d'Hollander (F.) et Rubbens (T.), *Encéphale*, 1925, p. 301).

La syphilis gommeuse du cerveau consiste dans la présence d'une gomme unique, de gommages multiples, ou encore d'une infiltration gommeuse diffuse.

Dans l'*artérite syphilitique*, les vaisseaux de tous calibres (mais surtout les gros et les moyens) sont atteints, constituant la forme oblitérante de Heubner (*Arch. de Heilkunde*, XI), presque spécifique de la syphilis et qui, lorsqu'elle est complète, explique les phénomènes démentiels consécutifs. Une variété de cette artérite syphilitique constitue la *syphilis cérébrale diffuse*, due soit à la multiplication de petites lésions circonscrites disséminées, soit à l'endartérite spécifique des petits vaisseaux de l'écorce, décrite par Nissl et Alzheimer. Mais cette artérite n'est jamais généralisée à toute l'écorce ; elle est très sujette à des variations transitoires, ce qui expliquerait l'absence de démence globale et les résultats rapides du traitement syphilitique.

ETUDE D'ENSEMBLE DES TROUBLES MENTAUX D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Ces quelques données anatomo-pathologiques et biologiques nous permettent maintenant de faire une rapide étude d'ensemble qui sera reprise en détail dans les pages qui vont suivre.

Au début la syphilis mentale se comporte cliniquement comme une toxi-infection ; elle se traduit simplement par des signes généraux dans lesquels « le délire est le produit direct des lésions toxiques sur le système nerveux » (Jacquin). Elle agit alors comme une septicémie ; à des lésions diffuses correspondant des syndromes diffus : manie, mélancolie, délire hallucinatoire, stupeur (Marchand, *Rev. de psychiat.*, mai 1905), et confusion mentale (admise par Lévy-Valensi, rejetée par Salager) (*Encéphale*, août 1907) ; plus rarement elle est susceptible de déter-

miner l'apparition de psychoses chez les sujets prédisposés (Marchand) et c'est alors que le fond constitutionnel peut donner un cachet particulier au trouble mental (Lévy-Valensi, H. et E. Biancani, *L'Encéphale*, janv. 1923, n° 1).

Plus tard, elle agit comme un processus infectieux de localisation dans lequel les lésions organiques bien déterminées expliquent la systématisation des symptômes ; ce sont les psychoses des syphilitiques et la démence syphilitique dans lesquelles la syphilis libère parfois les tendances (Lévy-Valensi). Mais qu'il y ait diffusion ou localisation des lésions, *il n'y a pas de syndrome mental clinique caractéristique des maladies syphilitiques du système nerveux* : les troubles mentaux dus à la syphilis peuvent affecter la forme d'un grand nombre de psychoses (Hoven, Barnes) ; *la syphilis n'a pas de symptomatologie propre en psychiatrie*.

En résumé, la syphilis mentale nous apparaît comme une infection d'origine tréponémique, se traduisant par des lésions vasculo-méningées et parenchymateuses, ces dernières étant vraisemblablement la conséquence des précédentes. Aux lésions vasculo-méningées correspondraient les symptômes diffus d'ordre inflammatoire, et ce ne serait qu'ensuite qu'apparaîtraient les autres lésions se manifestant par des signes de localisation, plus durables et plus systématisés, autant dans leur aspect clinique que dans les modifications anatomiques dont ils ne sont que la traduction. Il est d'ailleurs possible que les troubles endocriniens retentissent à distance, par action directe ou indirecte sur la nutrition de l'écorce (Sézary). Mais *il reste encore à déterminer pourquoi*, dans certains cas, *la syphilis se localise sur le cerveau, et pourquoi elle provoque parfois des troubles mentaux*.

Psychoses de la syphilis primaire

Les syphilo-psychoses de la période primaire peuvent être dues exceptionnellement à la maladie elle-même par suite d'une irritation méningée, se manifestant au stade pré-roséolique, avant l'apparition de la réaction de Bordet-Wassermann. Mais dans l'immense majorité des cas, il ne s'agit pas de psychoses causées *directement* par le processus infectieux : il s'agit plutôt du choc moral, véritable *traumatisme* mental (Mignot et Adam, *XXII^e Congr. des méd. alién. et neur. de France et des pays de langue franç.*, Tunis, avril 1912) que le sujet éprouve en face de la révélation de son état, révélation qui provoque une *neurasthénie*

syphilitique (Fournier, *Gazette des Hôp.*, n° 104, 1893, Colin et Lautier), des obsessions et des idées fixes.

Les sujets qui présentent surtout ces troubles mentaux sont généralement des prédisposés et peuvent se classer en deux groupes :

1° *Les syphilo-maniaques*. Sous ce terme on désigne des malades qui, bien que n'ayant pas la syphilis, ont une telle hantise de cette infection qu'ils en éprouvent une obsession permanente et irrésistible ; leur imagination leur fait toujours ramener leur état, quel qu'il soit, à cette seule et unique cause. Ce sont des « vérolés imaginaires » (Audry, *Ann. de dermat. et de syphil.*, mars 1908, Arguedas, *Rev. frenopatica española*, févr. 1913). Ils sont étiquetés simulateurs ; ce sont en réalité des neurasthéniques, des névropathes, des hypocondriaques, et leur nombre va croissant depuis la vulgarisation des connaissances sur la syphilis et ses dangers.

2° *Les syphilophobes*. Il s'agit alors d'une obsession permanente avec paroxysmes anxieux, allant jusqu'à la psychose d'angoisse (Audry, Stcherbakoff, *Journal (russe) de neuropath. et de psych. du nom S.S. Korsakoff*, livraison 4, 1907, Arguedas, Weygandt-Roubinovitch, Mignot et Adam). Ces sujets sont souvent des dégénérés, des prédisposés aux désordres psychiques ; plus ils se soignent, plus ils se rendent malades, et plus ils sont malades, plus ils se soignent : ils meurent empoisonnés par les médicaments ou se suicident (Jeanselme, *La Médecine moderne*, 1895, n° 47).

Ce dernier mot nous amène à considérer le *suicide dans la syphilis*, lorsque celle-ci est intervenue directement ou indirectement comme *facteur étiologique*. Fournier (*Presse méd.*, mai 1903, n° 40) classait les cas de ce genre en quatre groupes :

les cas où le suicide est le résultat d'un trouble mental dérivant de la syphilis. Le malade se tue parce qu'il est aliéné. Le suicide apparaît ici comme une manifestation *précoce*, il surprend l'entourage et peut se voir chez des sujets jeunes, issus de parents syphilitiques ;

les cas où le suicide est le résultat d'un désespoir du malade en face d'un accident syphilitique grave ou tout au moins réputé tel par lui : ce cas est plus rare qu'on ne pense ;

les cas où le suicide est relatif à la notification première de la syphilis : terrifiés par cette révélation, les sujets qui étaient déjà souvent des phobiques de la syphilis ressentent un choc moral d'une violence telle que leur suicide est impulsif, brusque, rapi-

dement conçu et rapidement accompli ; aussi, pour éviter cette réaction, Fournier conseillait-il d'annoncer prudemment aux malades qu'ils venaient d'être infectés, et de ne jamais le notifier d'un seul coup, de façon à amortir le premier choc ;

les cas relatifs aux situations sociales critiques que crée la syphilis par rapport au mariage.

La fréquence de ces suicides est difficile à établir, car les familles les cachent. Evidemment, c'est une rareté ; cependant, Fournier en a recueilli 18 cas, chiffre certainement inférieur à la réalité, car beaucoup sont ignorés.

Antérieurement, Brierre de Boismont, sur 405 cas de suicides pour maladie, en avait trouvé 14 pour maladies vénériennes, soit une proportion de 3,45 %.

Psychoses de la syphilis secondaire

On les étudiera assez longuement, autant à cause de leur importance diagnostique, pronostique et thérapeutique que de leurs conséquences immédiates ou lointaines. Connues surtout depuis les travaux cliniques et biologiques de Jâcquin, Angiolella et Galdi (*Ann. di nevrologia*, fasc. 3, 1904), Jallet, Ravaut, elles constituent les vraies psychoses toxi-infectieuses de la syphilis (Régis), sont dues à l'action directe du poison syphilitique sur le système nerveux et non aux lésions provoquées par celui-ci (lésions que l'on retrouvera aux psychoses de la période tertiaire).

La syphilis agit donc là comme une véritable septicémie, provoquant une réaction méningée à caractère aigu (Desneuve, Dujardin et Weil, *Journ. de neurol.*, 1913, n^{os} 3, 4 et 5 ; Bronstein), ce qui explique que, cliniquement, elle donnera surtout des accidents de caractère infectieux, se présentant le plus souvent sous l'aspect confusionnel et n'ayant pas de caractères cliniques propres, permettant de différencier ceux-ci des psychoses organiques ou non (Jallet).

Si ces lésions n'ont pas de caractères cliniques personnels, elles ne s'accompagnent pas non plus de signes physiques appréciables, et la méningite fruste, latente, dont elles ne sont que la traduction est seulement décelable par l'étude biologique du liquide céphalo-rachidien qui présente des modifications chimiques et cytologiques que l'on retrouvera plus loin.

Elles sont moins rares qu'on ne l'avait cru jusqu'ici (Régis) et Gentile (*Riv. ital. di neurop. psych. ed elettro-terapia*, nov. 1910) estime que 14,5 % des syphilitiques deviennent neurasthéniques

(ce terme étant pris dans son acception la plus large et traduisant une modification de l'état mental antérieur par atteinte méningée).

LE TERRAIN a, bien entendu, et dans la plupart des cas, une grosse importance. Rares sont les sujets qui n'avaient aucune tare antérieure ; le plus souvent, il s'agissait de névropathes, d'alcooliques, de surmenés.

DATE D'APPARITION. — Ces psychoses peuvent se manifester à une période quelconque de la syphilis secondaire ; elles apparaissent presque toujours au cours d'une poussée d'accidents, avec ou sans fièvre. Elles précèdent rarement, suivent parfois la phase éruptive ; leur apparition a été signalée : au 40^e jour de l'accident primitif, de trois semaines à un mois après l'accident primaire (Margoulis S., de Moscou, *Mém. à l'occasion du jubilé du Dr Rosso-Margoulis-limo*, p. 383, 1925) ; quelques jours avant l'apparition de la roséole (A. Marie et Beaussard, *Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, févr. 1910) ; trois mois après le chancre (A. Marie et Beaussard).

DÉBUT. — Celui-ci est brusque, comme dans les délires toxiques (Régis, Bronstein). Il se manifeste le plus souvent par une *céphalée* (Bitot, *Arch. clin. de Bordeaux*, 2 fév. 1893, Artom, *Riv. du patol. nerv. a ment.*, janv. 1915) s'exagérant de façon périodique, à heures fixes, de préférence le soir, continue, très souvent atroce (Jacquin) pouvant s'accompagner d'hypotension artérielle (Buzoianu et Tovar, *Presse méd.*, n° 88, nov. 1926), de troubles gastro-intestinaux, d'une légère albuminurie, d'une petite élévation de température (Régis, Cappuccio Dominico, *La rif. medica*, juin 1907, Splervicens et Tolosa, *XXXIII^e Congr. des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, Barcelone, mai 1929). La préoccupation du mal accapare toute l'activité intellectuelle de ces malades qui présentent alors le tableau clinique de l'*asthénie*, de la *neurasthénie* (Artom, Haskovec (de Prague), *Réun. neur. ann.*, juillet 1920). Hantés continuellement par la crainte des suites de leur syphilis (Kovalewsky, *Allg. Zeits. für psych.* t. L, p. 40 ; *Central-blatt für Nerv.*, mars 1893) ils marchent comme des automates, les yeux ternes et le visage inexpressif ; l'attention est diminuée, l'irritabilité succède au découragement (Bérillon, *Congr. intern. de neurol. et de psych. de Gand*, août 1913). Cette asthénie, parfois causée par un épuisement consécutif à une cure anti-syphilitique excessive ou mal supportée (Kovalewsky), peut évoluer vers la syphilis nerveuse maligne précoce, dans laquelle les phénomènes mentaux sont comparables

aux psychoses toxiques et toxi-infectieuses (Cappuccio) et se traduisent par du délire, de la manie aiguë, des états périodiques ou circulaires (A. Marie et Bechterew, *XVII^e Congr. intern. de médéc.*, Londres, août 1913).

Ces troubles mentaux peuvent s'accompagner dès cette période de début de *signes organiques*, qui seront *généraux* : rachialgie de la nuque avec contracture pendant les paroxysmes, douleurs dorso-lombaires avec irradiations autour du thorax et de l'abdomen, paresthésies passagères, crises d'engourdissement, bourdonnements d'oreilles, épilepsie (Moreau, *Soc. de médéc. ment. de Belgique*, 25 mars 1933) ; ou *localisés* : abolition des réflexes rotuliens, paresse des réflexes oculaires (Jeanselme et Chevalier, *Rev. de médéc.*, mai, juin, juill., août 1912), épilepsie bravais-jacksonienne, hémiparésie, coma (Loehe, *Berlin. klin. Wochens.*, 1910, t. XXIV ; Mingazzini, *Riv. sper. du freniat.*, 1897 ; Nonne, Oppenheim et Brasch).

ÉTAT. — Les *troubles mentaux* sont ceux de la confusion mentale, des psychoses d'intoxication. Ils n'ont pas de caractère spécial, puisqu'il n'y a pas d'aliénation mentale syphilitique (Salauger). Ils se traduisent par une *obtusion mentale* avec hébétude, désorientation, somnolence, gâtisme ; de la *torpeur* pouvant aller jusqu'à la *stupeur* (Régis) ; une amnésie de caractères variables : actuelle ou de fixation, rétro-antérograde, progressive. Cet état confusionnel peut s'accompagner de préoccupations hypocondriaques (Rogues de Fursac), d'anxiété mélancolique, d'idées délirantes avec sensations absurdes et incohérentes de persécution, d'empoisonnement, de violence et de viol (Régis). Targowla et Mlle Pezé (*Ann. médic. psych.*, 1922, II) ont signalé un *délire onirique hallucinatoire* avec phénomènes de dédoublement et de transformation de la personnalité psychique et physique, hallucinations psychiques.

Les *signes physiques* consistent en léger ptosis, paralysie du moteur oculaire externe, disparition du réflexe photomoteur, paresthésie dans le domaine du trijumeau, troubles objectifs de la sensibilité (Guillain, Jacquet et Léchelle, *Soc. médic. des hôpit.*, janv. 1921).

Biologiquement, le Bordet-Wassermann du sang est souvent positif : c'est même la règle pour Guillain, Jacquet et Léchelle. Mais ce sont surtout les résultats fournis par l'*examen du liquide céphalo-rachidien* qui ont ici une très grande importance, et, seule, la ponction lombaire, pratiquée systématiquement, peut mettre en évidence les atteintes nerveuses passagères de la période secondaire.

Le cyto-diagnostic, les réactions des albumines permettent de reconnaître cette méningo-vascularite latente et conduisent à une thérapeutique qui aura d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle aura été instituée dès le début (Ravaut, *Gazette des hôp.*, juin 1913). C'est au point que Jallet a proposé de pratiquer une ponction lombaire chez tous les sujets présentant des troubles mentaux, afin de pouvoir, le cas échéant, les soumettre à un traitement spécifique.

Cette étude du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis secondaire à laquelle sont attachés les noms de Ravaut, Rosanoff (*Amer. J. of insanity*, janv. 1910), A. Marie et Bechterew, Sézary, Guillaïn, Jacquet et Léchelle, Mestrezat, montre, comme nous l'avons dit, qu'une formule pathologique peut apparaître dans la syphilis secondaire, et traduire les lésions profondes qui coexistent avec les manifestations cutanées. La syphilis nerveuse retentit toujours sur la composition du liquide céphalo-rachidien, par congestion simple ou par méningite vraie (méningite aiguë) et les modifications portent surtout sur le taux de l'*albumine* dont la quantité varie de 0 gr. 10 à 4 gr. 20. La *pression* est normale ou augmentée, l'*aspect* limpide ou xanthochromique, la *densité* variable de 0,53 à 0,61 ; la quantité des *chlorures* est abaissée, oscillant entre 7,02 et 7,45 ; le *sucre* varie de 0 gr. 40 à 1 gr. 20. La *leucocytose* est fréquente : elle est souvent latente et isolée de tout symptôme de méningite ou d'affection nerveuse (Sézary). La réaction de Bordet-Wassermann et celle du benjoin colloïdal sont souvent positives (Guillaïn, Jacquet et Léchelle).

EVOLUTION. — Celle-ci est variable : la guérison peut venir spontanément, ou sous l'influence du traitement ; la mort, qui est rare, est consécutive à une complication nerveuse ou viscérale (intercurrente). Le passage à la chronicité est fréquent ; il n'est que la traduction de lésions évoluant à bas bruit et décelables seulement par la ponction lombaire.

FORMES CLINIQUES. — On peut observer : la *confusion mentale stupide* ou pseudo-déméntielle ; la *confusion mentale hallucinatoire* avec délire onirique et agitation (A. Marie et Bechterew) ; la *confusion mentale avec anxiété mélancolique*, qu'il s'agisse de mélancolie simple, de mélancolie anxieuse ou encore de mélancolie avec stupeur (Kovalewsky) et dont les symptômes fondamentaux sont constitués par l'obtusion, l'hébétude et la torpeur ; le *délire aigu*, c'est-à-dire le délire qui accompagne les grandes infections : il se traduit pas de la dépression avec accès impulsifs, de la tristesse, de l'apathie, de l'obnubilation, des périodes d'exci-

tation, de vives hallucinations visuelles et auditives, une excitation motrice et génitale. L'état général est profondément atteint : symptômes infectieux, perte de l'appétit, anémie, fièvre (Cappuccio).

DIAGNOSTIC. — Le *diagnostic positif* sera basé sur l'*examen clinique*, coïncidence de plaques muqueuses, de roséole, d'éruptions pustuleuses, de papules cuivrées, d'adénopathies inguinales, sous-maxillaires ou cervicales, de desquamations de la peau, de céphalalgies et de douleurs musculaires ; l'*examen physique*, qui donne parfois des renseignements importants (surtout dans l'étude du système nerveux) ; les *méthodes de laboratoire* : examen du sang (recherche de la réaction de Bordet-Wassermann), du liquide céphalo-rachidien (albuminose, lymphocytose, réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal) ; l'*influence manifeste et évidente du traitement anti-syphilitique*.

Quant au diagnostic *différentiel*, il consistera à séparer ces psychoses syphilitiques secondaires de la *psychose alcoolique* (Régis), des *méningites* causées par d'autres infections, et surtout de la *méningite tuberculeuse*. C'est en effet le gros diagnostic différentiel. Pour établir l'existence d'une méningite syphilitique, on se basera sur le manque de netteté des symptômes qui ne sont souvent qu'ébauchés (contracture, raideur de la nuque) ; l'absence de troubles bien nets du côté du pouls et de la respiration ; l'évolution irrégulière qui se fait par poussées successives, entrecoupées de rémissions, et l'examen biologique : recherche de l'albuminose (qui n'a ici que bien peu de valeur), de la lymphocytose, et surtout recherche de la réaction de Bordet-Wassermann qui n'est pas toujours positive (Rosanoff).

PRONOSTIC. — D'après Régis, les *psychoses le plus rapidement et le plus complètement curables* sont : les formes aiguës, délirantes et hallucinatoires de la confusion mentale. Celles qui sont plutôt *atténuées*, mais avec reliquat démentiel possible sont les formes *stupide* et *anxieuse* de la confusion. Nous retrouverons ces aspects cliniques à l'étude des psychoses de la période tertiaire.

LE BOURREAU DOMESTIQUE ET LE COUPLE CONJUGAL

*Bases cliniques d'une méthodologie « gestaltiste »
en caractérologie*

PAR

J. DUBLINEAU et S. FOLLIN

On ne conteste plus le rôle du milieu dans la formation du caractère. Le milieu utilise les matériaux que l'individu apporte en naissant. Il les modèle, les « refaçonne » à la faveur des conjonctures. Ainsi se constitue progressivement la personnalité. On ne peut guère, pour l'individu comme pour le milieu, parler d'actions ou de réactions, mais plutôt d'interactions.

Autre chose cependant est de reconnaître l'importance du milieu et de comprendre les faits psychiques en fonction de cette importance. Nous observons, pour l'analyse psychologique, une attitude traditionnelle : tout est centré sur l'individu, sur ce qu'il dit et fait. Nous nous bornons à vérifier l'exactitude de ses propos. Nous croyons avoir rempli notre rôle quand nous avons réussi à l'intégrer dans un groupe nosologique. Certes, le terrain est ainsi déblayé. Mais le diagnostic reconnu, il faut repenser le problème en fonction du milieu où l'individu doit vivre. Il s'agit de comprendre le déterminisme social qui, pour une situation et un milieu donné, à toutes chances d'orienter le sujet vers tel type de comportement. Traiter l'individu serait de peu d'utilité sans tentative contemporaine de redressement du milieu. L'examen psychoclinique n'est que partie de l'étude complète du comportement — comportement particulier dans un milieu particulier.

L'anormal caractériel, par la prédominance de quelques tendances, schématise un type. Il donne à ses conduites un mode caractériel. Le problème caractérologique s'en trouve facilité.

Ainsi pouvons-nous prévoir en gros, en dehors de toute question de milieu, les types généraux de réactions d'un paranoïaque, d'un schizoïde, d'un hyperémotif. Pourtant de tels types sont rares : on n'est pas seulement un paranoïaque, mais un paranoïaque plus ou moins émotif, plus ou moins épileptoïde, plus ou moins pervers. On est un complexe psychologique, dont les réactions, normales ou non, seront plus difficilement prévisibles que pour un type pur.

Les difficultés d'une telle étude augmentent encore, et deviennent pratiquement insolubles si, cherchant à connaître l'individu dans son entier, on l'envisage au surplus sur le plan social, dans la multiplicité de ses sphères de réactions, de ses champs d'évolution. Force est donc de se contenter d'études partielles, en s'efforçant de rechercher les cas où peut être abordée cette *cosmologie* limitée.

Précisément, dans le comportement social de certains de ces individus, la clinique révèle des dissociations utilisables. Nous voulons parler des « Bourreaux Domestiques ». Pour des raisons à déterminer, ces sujets, assez faciles au dehors, sont insupportables chez eux. Le trouble caractériel, par une sorte de scotomisation, ne se développe donc ici que dans un milieu très limité. Dans quelles conditions apparaît-il ? Pourquoi s'extériorise-t-il ? C'est là le but de ce travail, dont nous avons exposé, dans une note antérieure, les données principales, mais que compléteront des considérations méthodologiques et pratiques.

I. Le bourreau domestique

M. Heuyer isolait, en 1923 (1), à côté de l'étude, alors en pleine vogue, des constitutions, un type spécial d'anormaux caractériels : les Bourreaux Domestiques. On connaît la description, aujourd'hui classique, de ce type de « haineux familiaux ». « La haine se localise chez un membre de la famille, quelquefois contre toute la famille, à l'exception de toute autre personne qui n'est pas de la famille (2). Hors de leur maison, dans leur profession, dans leur vie sociale, les « Bourreaux Domestiques » peuvent être des personnages remarquables et respectés ; la considération extérieure du monde leur est méritée par leur

(1) HEUYER (G.). — *Pratique méd. française*, 1923.

(2) DUBLINEAU (J.) et FOLLIN (S.). — Etude clinique d'un bourreau domestique. Rôle des interactions conjugales. *Ann. méd.-psychol.*, mars 1942.

travail — le mari à l'égard de la femme ou des enfants, la femme à l'égard du mari et toujours des enfants, est un bourreau qui s'irrite, harcèle, menace, bat, terrifie, et quelquefois tue. » M. Heuyer décrit ces états comme une forme d'*état passionnel* : la passion étant elle-même une « émotion puissante et continue qui domine la raison et les actes » (1).

Dans ce service d'« adultes difficiles » que réalise en partie le service spécial des alcooliques de Ville-Evrard, nous suivons un nombre important de ces sujets. Leur étude prolonge et complète, — encore que plus nuancée —, celle que l'on peut faire en Internat Médico-Pédagogique sur les jeunes gens confiés par les Tribunaux. Elle se complète d'autre part de celle, plus subtile encore (et plus affective que motrice), des formes médico-légales d'états passionnels de l'adulte. Les Bourreaux Domestiques d'*asile* se présentent sur un plan généralement plus simple, moins affectif, qu'en médecine légale. L'émotion réalise déjà des types psychopathologiques très évolués. Au-dessous d'elle, et sur un plan plus élémentaire, le comportement prend une forme proche du plan moteur, des pulsions de l'instinct. Dans la série des impulsifs, toutes les transitions existent, entre la pulsivité instinctive fréquemment épileptoïde, ou socialement perverse — et l'émotivité passionnelle, teintée de paranoïa ou d'hypocondrie. Cet ensemble de faits, dont nous ne marquons ici que les grandes lignes, réalise ce que l'un de nous appelle les *états instinctuels*. S'y opposent, sous l'étiquette d'états *émotionnels* ou *affectuels*, l'ensemble des tendances dérivées du pôle émotionnel, cet autre pôle de la vie affectivo-instinctive.

En réalité, la notion du Bourreau Domestique déborde le cadre de la classification structurale du caractère. On trouverait facilement nombre de Bourreaux Domestiques parmi les émotionnels. Chez eux, les réactions prennent une forme plus morose que violente ; l'irritation, plus ou moins tracassière et hypocondriaque, remplace la colère ; le sujet empoisonne l'atmosphère de sa présence. Il est difficile à vivre (cas de nombre d'hystériques, de morphinomanes) mais ses réactions n'ont que rarement le caractère de déchaînement violent qu'elles présentent chez l'instinctuel. Aussi bien est-ce ce dernier que l'on doit avoir surtout en vue en parlant du Bourreau Domestique.

A côté des états purs, dont l'individualisation a été à la base de la doctrine des constitutions, le Bourreau Domestique, ainsi

(1) HEUYER (G.). — Psychoses et crimes passionnels. *L'Hygiène Mentale*, 1932, XXVII, n° 7, p. 196.

compris, apparaît comme un alliage de tendances paranoïaques, épileptoïdes, perverses. Son individualisation clinique fait donc litière d'une conception trop étroite des constitutions.

Ces états peuvent être *innés*. On peut même en retrouver des linéaments dans la lignée (comme si les traits caractériels majeurs prenaient un type spécifiquement familial). Mais à côté d'eux existent des états *acquis*, ou du moins observés à la suite de facteurs surajoutés, et dans des conditions telles que, sans ces derniers, ils ne seraient sans doute pas apparus. Ils seraient demeurés à l'état de tendances, peut-être même favorables : chaque élément de la mosaïque caractérielle a en effet sa courbe de valeur sociale, courbe dont le caractère fâcheux ne s'inscrit qu'en deçà ou au delà de certaines limites.

Quels sont ces facteurs acquis ? 1° En premier lieu l'*alcool*. Beaucoup de ces sujets difficiles sont des buveurs. Ils boivent, soit par perversion toxicomaniacale, soit par habitude professionnelle ou coloniale, soit simplement par besoin : ils ont soif, d'autant qu'au surplus ils sont souvent hypertendus. 2° Autre facteur : le *traumatisme céphalique* (souvent avec perte de connaissance). Avant l'accident les troubles du caractère restaient compatibles avec l'existence ; ils ne le sont plus par la suite. 3° *Certaines formes de syphilis* : une syphilis souvent atypique, modifiée par le paludisme ou les traitements antérieurs, peut-être même par le tempérament particulier du sujet : une syphilis, en tout cas, qui donne ou aggrave des troubles du caractère dans les mêmes conditions que (pour certains cas) la paralysie générale malarisée. 4° Ajoutons, ainsi que nous l'avons montré à différentes reprises, que ces facteurs s'intriquent souvent, et peuvent au surplus, ce qui complique l'interprétation pathogénique, se développer sur des terrains constitutionnels instinctuels.

Voilà pour les facteurs somatiques. Mais les facteurs psychiques et sociaux jouent également leur rôle. Il est banal de dire que des ennuis de famille, d'argent, modifient le caractère. Chez l'émotionnel, les ennuis se devinent à travers l'ensemble du comportement. Aux profanes, le sujet de ce type donne l'impression « de n'être pas heureux ». On dit de lui qu'« il a beaucoup changé ». L'émotionnel, incapable de limiter ses réactions dans l'espace et le temps, les diffuse dans l'ensemble de sa vie quotidienne. L'instinctuel, au contraire, de par ce pouvoir particulier de concentration, de limitation, de condensation, qui le caractérise, arrive à enkyster ses troubles ; il garde souvent une attitude normale au dehors, quitte chez lui à donner libre

cours à des manifestations régressives : colères, violences, etc. L'émotionnel, constamment préoccupé de sauvegarder sa synthèse psychique, de lutter contre la dissociation psychomotrice qui le guette, est peu maître de ses réactions. L'instinctuel sauvegarde naturellement cette synthèse. Il localise facilement les conséquences de ses conflits psychiques. Par contre, dans les limites de cette localisation, il donne libre cours à ses instincts, à ses passions, lesquels se déchainent avec une particulière violence. Dans la famille, en particulier, il se révèle tel qu'il est. Seul — et encore ! — le voisinage de palier, proche des scènes conjugales, serait susceptible, dans une enquête de police, de témoigner contre lui.

Mais pourquoi le trouble caractériel est-il limité à la sphère familiale ? Force est d'admettre que le sujet a trouvé, dans sa famille, des éléments qui ont déclenché tout le syndrome réactionnel. Peut-être même, ces éléments sont-ils nécessaires à l'éclosion des troubles. Ainsi le problème du Bourreau Domestique se fonde-t-il dans celui du trépied familial (mari, femme, enfants), et plus spécifiquement, dans celui du couple conjugal.

II. Le couple conjugal

Le rôle de la femme est, en effet, capital dans la genèse des faits aboutissant à l'internement du tyran familial. Déjà, naguère, Rogues de Fursac l'avait incidemment noté (1). Il ne saurait être question de minimiser l'importance du trouble caractériel ni de contester la légitimité d'un internement largement justifié. Mais c'est précisément l'ensemble des *conduites* du couple en tant que tel, qu'il est intéressant d'envisager. Il y a là un bloc indissociable né des interactions de deux réactifs également essentiels. C'est pourquoi, dans l'exposé des faits cliniques, il est nécessaire d'adopter une méthode univoque, où l'interrogatoire de la femme soit mené aussi méthodiquement que celui de l'homme. A l'observation précédemment publiée par nous, nous ajouterons d'abord les deux suivantes :

OBSERVATION 1. — R..., 39 ans, ingénieur-électricien. Interné le 30 octobre 1940 : dispositions passionnelles et paranoïaques. Orgueil, susceptibilité. Méfiance. Tendances sadiques. Colères. Réactions vio-

(1) *Ann. méd.-psychol.*, 1927, T. I, p. 70.

lentes. Voies de fait sur sa femme. Le tout chez un sujet intelligent.

L'HOMME. — Né à St-Petersbourg, d'un père français et d'une mère slave, vit en Russie jusqu'à 17 ans, puis vient en France avec sa famille.

Son passé : scolaire : sans incident. Entré premier à l'Ecole d'Electricité. *Professionnel :* bien vu de ses chefs. Etait, en dernier lieu, dans la même maison depuis 10 ans, à l'étude des brevets d'invention. *Caractériel :* semble avoir été coléreux et difficile dans l'enfance. *Morbide :* maladies d'enfance, Pleurésie à 12 ans. Mastoïdite opérée à 13 ans. Accident de moto en 1939 sans coma, mais suivi de lacunes mnésiques. *Ethylique :* pas d'excès, sauf, peut-être, étant étudiant. Pas d'antécédents judiciaires ni vésaniques connus.

Etat somatique : bon état général. Type dysplastique avec intrication d'éléments asthéniques du tronc et athlétiques du visage. T.A. : 14-8 (Vaquez). Denture un peu irrégulière avec polycaries. Cicatrice ouverte de trépanation mastoïdienne. Pas de syphilis connue, mais Wassermann \pm dans le liquide céphalo-rachidien à l'exclusion de toute autre anomalie biologique.

Lignée : mère très irritable, internée et décédée à Maison-Blanche (délire de persécution et violences). Une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

Marié à 26 ans. 4 enfants, dont le dernier mort à 2 ans de méningite (pneumococcique ?). Les trois autres, nerveux et, selon la mère, bizarres.

ETUDE DU COUPLE. — A. GRIEFS DE LA FEMME. — a) La femme décrit R... comme ayant toujours été emporté, coléreux, impressionnable, jaloux, vaniteux, mais affectueux et aimant la société, bien qu'il se rende souvent insupportable par sa façon de penser et de raisonner. Malgré ses violences, elle lui reconnaît une solide affection pour les siens. Elle lui reproche encore sa méticulosité, son souci de l'ordre, son besoin de préciser les choses, de détailler les responsabilités.

b) *Evolution générale des troubles d'après la femme.* — Les premières discussions dateraient de 6 à 7 ans, avec colères blanches, bris d'objets, voire destruction d'espèces (7.000 francs en billets, une fois) et finalement voies de fait sur la femme. Au cours d'une discussion à laquelle assistait sa belle-mère, il aurait tiré un coup de revolver dans la direction de celle-ci.

Aggravation depuis l'exode de juin 1940, qui entraîne la perte de la situation. Une discussion plus violente, pour un motif futile de ménage, ayant ameuté les voisins, l'homme est interné après appel par eux de Police-Secours.

c) *Quelques points précis, motifs de scènes de ménage.* — Motifs divers de discussion, le plus souvent futiles (repas trop froids ou trop chauds, ou non à l'heure dite, etc...), mais certains griefs sont plus spéciaux :

1° *Reproches sexuels.* « Il ne savait pas prendre les précautions nécessaires pour ne pas avoir d'enfants. » « Il avait la manie d'avoir

des enfants. » Par ailleurs, rapports normaux à tous points de vue, d'après la femme (voir plus loin l'avis de l'homme).

2° Reproche de *cruauté* et de *sadisme*. « Il lui faut un souffre-douleur ». Aimerait fabriquer des fouets. S'en servirait particulièrement sur sa fille aînée. Si la femme intervenait, il se retournait contre elle. Considérerait la fustigation comme une manifestation nécessaire d'autorité.

3° *Esprit de domination*. Serait ironique et méprisant pour les plus faibles, mais saurait se faire souple et docile avec les personnes qui lui en imposent. Cet état d'esprit se manifesterait par le besoin de constamment exiger qu'on lui demande pardon ; sa femme doit le répéter jusqu'à ce que le ton lui en convienne.

B. GRIEFS DE L'HOMME. — a) Contenus dans un long « mémoire pour l'exposé objectif de mon cas ». Le passage suivant en donne l'essentiel : « C'est d'avoir gâté ma vie. Pesée constante de son caractère autoritaire, acariâtre, assez égoïste et intéressé, déloyal, de la manière classique d'une femme, de son esprit étroit, intolérant et entêté. Tous défauts que j'aurais supportés facilement si elle avait possédé, tant soit peu, les vertus conjugales si saillantes dans sa mère : le dévouement et la fusion spirituelle avec son foyer. Mais en fait de dévouement familial c'était une contrainte constante pour me soumettre aux quatre volontés et aux intérêts de ses parents, pour me les faire remeier « mieux que cela »... « avec plus d'effusion »... Mais en fait de fusion avec le foyer c'était le désagrément constant d'un logement déserté, mal tenu, le désordre dans les pièces... Je lui cherchais vainement quelque solidarité que ce fût avec moi, soit de sentiment, soit d'intérêt ; c'était au contraire à une contradiction automatique implacable, souvent absurde que je me heurtais... Elle avait dû prendre l'habitude de me charger de ses misères, de penser à moi en mal. Son idée était peut-être de mener le ménage, etc. »

b) *Griefs plus précis*. — 1° *Les conditions mêmes du mariage* : Visite pré-nuptiale (imposée par la belle-famille) et par un médecin de celle-ci. Dot dont seuls les arrérages sont versés. Contrat de mariage dolosif et vexatoire, extorqué par surprise... Abdication de la puissance paternelle en ce qui concerne l'éducation religieuse des enfants. Obligation de rejeter une situation qui lui plaisait, mais aurait contre le désir de la femme nécessité le départ en province. Ainsi : « elle a brisé ma carrière d'ingénieur. »

2° *Des servitudes diverses* : Déménagements nombreux ; obligation de loger pendant deux ans avec la belle-famille ou dans son voisinage.

3° *Deux départs de la femme* avec les enfants, dont l'un au moins à l'insu de l'homme : la femme était partie (février 1940) pour s'installer dans sa famille.

4° *Sur le plan sexuel, sa frigidité* : « Elle le recevait plutôt mal depuis la deuxième grossesse (laquelle correspond à l'année 1935, indiquée par la femme elle-même comme ayant marqué le début des

paroxysmes). C'est une *déséquilibrée* qui a dû consulter un psychiatre en 1937. « Je lui disais toujours de se faire soigner. »

5° R... explique la *genèse des scènes de discussion* : les querelles « s'enveniment parce que chaque fois on passait en revue les reproches que l'on avait à se faire... une marée empoisonnée de vieilles rancunes nous emporta tous les deux ». Il accuse sa femme de le pousser chaque fois à l'extrême : « il y avait quelque chose en elle qui la poussait à m'exciter davantage ».

Pour expliquer les scènes de pardon, R... insiste sur l'incompréhension totale de la situation de la part de la femme : « Il n'y a pas là une question de mot, d'humiliation, je voulais l'amener à comprendre la situation... C'était pour nous l'impossibilité de nous comprendre. Elle n'y voyait que le mot et non l'intention. » Au commissaire, peu après son arrestation, il déclare : « Ma femme ne peut pas me comprendre. Elle ne voit jamais que je suis à bout de nerfs et, pour le lui faire comprendre, il m'est arrivé plusieurs fois de casser la vaisselle. »

C. ÉLÉMENTS OBJECTIFS D'APPRÉCIATION. — a) *Dossier de police* : peu de chose : l'enquête auprès des voisins confirme seulement la fréquence des scènes de ménage.

b) *Impressions personnelles durant le séjour*. La femme donne l'impression d'une personne sincère, convaincue de l'objectivité de ses griefs, mais probablement maladroite, et peut-être retorse sous sa présentation quelque peu simplette. Elle s'étonne que son mari ne lui écrive pas davantage, alors qu'elle-même s'en dispense : « Je n'ai pas le temps de lui écrire. Il aurait pu s'en rendre compte... » Une de ses premières paroles après une visite à laquelle l'avaient contrainte les circonstances est pour reprocher à son mari de garder son béret sur la tête. « J'ai l'impression, susurre-t-elle, qu'un homme normal n'hésiterait pas à se découvrir. C'est la plus élémentaire des politesses. Vous ne trouvez pas, Docteur ? »

Elle est assez conventionnelle dans ses manifestations affectives. On en a la preuve dans son attitude plutôt indifférente devant la mort toute récente de sa fillette. Elle n'est pas cependant sans se faire quelques illusions sur ses charmes : « Elle ne croit pas qu'il puisse l'oublier, car il l'a beaucoup aimée, plus qu'elle ne l'a aimé. »

Dans l'ensemble elle reste fixée à ses parents, auprès desquels elle a toujours vécu, peu attachée à son mari et à ses enfants, confirmant au total certains reproches du mari et donnant en somme l'impression d'une certaine arriération affective.

Enfin son attitude est suspecte au sujet de la sortie de l'homme dont il est question : elle la demande aux autorités, en nous avertissant de n'y pas donner suite. Envisage à la sortie la séparation judiciaire définitive, ne manque pas de mettre le médecin en face de ses responsabilités : « Je m'en remets à vous... » « Personnellement je ne veux rien faire », etc...

— *Le mari* : dans le service, R... cherche à se rendre utile, même pour de petites besognes courantes du quartier. Il ne nie pas ses torts,

reconnaît sa dureté, mais il minimise et reste sur la défensive. C'est bien le déséquilibre caractériel, paranoïaque, avec toutefois d'autres éléments. Ses efforts de compréhension, sa sensibilité non dénuée de finesse tempèrent son despotisme et son rationalisme morbide. La note tuberculeuse retrouvée dans son passé et sa lignée traduit à notre sens sur le plan somatique ce léger gauchissement de l'instinctuel vers le plan émotionnel.

AU TOTAL, *transitivisme réciproque*. Les mêmes griefs sont au fond articulés de part et d'autre, tous deux jugeant des faits sous un angle personnel. Chacun voit dans l'autre un malade et se plaint d'être dominé par lui. R... a voulu faire soigner sa femme, qu'il considérerait comme une psychopathe. Effectivement, celle-ci reconnaît qu'elle a été assez nerveuse ; et tous deux, il y a quelques années, ont vu le même psychiatre auquel ils se sont conduits mutuellement. La localisation très étroite du trouble psychique à la vie conjugale montre que cette dernière, symbolisée par le désaccord sexuel, est à l'origine même de l'extériorisation de ce trouble.

A noter le caractère fortuit de l'internement, lié à l'intervention épisodique du voisinage.

OBSERVATION II. — V..., 41 ans, chaudronnier. Interné du 1^{er} août 1941 au 15 février 1942 : déséquilibre psychique avec alcoolisme chronique. Perversité sexuelle et tendances sadiques. Irritabilité. Autoritarisme. Menaces et voies de fait sur sa femme. Mauvaise foi. Théâtralisme. Idées hypocondriaques et de jalousie.

L'HOMME : SON PASSÉ. *Scolaire* : sans incident. Certificat d'études. *Professionnel* : d'abord beucher « tueur » ; puis chaudronnier « pour gagner davantage ». Actuellement ouvrier spécialisé, estimé de ses employeurs. *Caractériel* : emporté, coléreux dès l'enfance, mais, à l'usine, travailleur et docile, ayant su intéresser l'employeur à son cas. *Militaire* : en Syrie (1920). *Morbide* : paludisme. Dysenterie amibienne en 1920. Opéré d'une fistule anale en 1935. Hospitalisé pour colite amibienne en 1937 ; nombreux traitements (et prolongés) pour icelle. Pas de syphilis connue. *Ethylique* : buveur moyen : un litre ou un peu plus par jour. Vin rouge. Rares ivresses. Intolérance reconnue. *Vésanique* : un séjour de trois semaines à Henri-Rousselle en 1936 (troubles caractériels avec idées de persécution et de jalousie rapidement régressés). Un passage (non suivi d'internement) à l'Infirmerie spéciale en 1937.

— ETAT SOMATIQUE : bon état général, mais persistance de la fistule. Tension artérielle : 17-9 (Vaquez). Hyperalbuminorrhachie (0,60), avec toutes autres réactions sérologiques négatives (sang et liquide). Type athlétique.

— SA LIGNÉE : père interné et décédé à Rouen (aurait contracté la syphilis après la naissance de l'intéressé).

Un premier mariage en 1921, suivi de divorce à ses torts en 1923.

Coneubinage depuis 1926, régularisé en 1931. Un fils du premier mariage, qui serait débile mental et anormal caractériel.

LE COUPLE. — A. GRIEFS DE LA FEMME. — a) Dans l'ensemble elle insiste sur le mauvais caractère de son mari, ses colères, d'où querelles presque quotidiennes. Elle signale ses tendances hypocondriaques : il se plaindrait constamment, se croirait atteint de toutes sortes de maladies. Aurait depuis son passage à Henri-Rousselle une véritable appétence toxicomaniaque pour les barbituriques. Accessoirement, quelques idées de persécution (précautions absurdes et compliquées pour éviter le vol, etc...). Elle reconnaît d'ailleurs les capacités professionnelles, le goût au travail du mari.

b) *Evolution générale des troubles* : aurait été progressive, avec une poussée nette à la suite de l'intervention de 1935 pour la fistule.

c) *Griefs plus précis* : 1° C'est un *impuissant et un pervers sexuel*, très lent à l'orgasme et jamais satisfait, avec exigences anormales. Il retrouve une certaine virilité au cours des accès de colère. L'acte suit alors l'accès, lequel survient brusquement sans raison, comme si l'homme se forçait à la colère pour en bénéficier sexuellement.

2° Il est *autoritaire* : aime à commander dans tous les domaines, même les plus futiles. Irait jusqu'à se plaire à dresser et commander sur un ton militaire les poules et lapins de son élevage.

3° *Cruauté* : « Il parle toujours de tuer ». Menaces de mort fréquentes. « Saigner ! » telle est sa menace habituelle dès qu'il est en colère. Celle-ci terminée, demande pardon. Au cours d'une colère récente, avec menaces de mort, se retourne contre sa chienne, l'égorge. Par la suite, se livre à une cérémonie expiatoire : enterrement, fleurs, etc...

B. GRIEFS DE L'HOMME. — a) V... *cherche à se justifier et accuse* sa femme à son tour. Ce serait cette dernière qui le pousserait à user de barbituriques et autres médicaments. L'égorgement de la chienne est un acte de pitié : il ne pouvait plus la nourrir, ne voulait pas qu'elle souffrit. Par contre, la femme serait la cause directe des colères : « Elle me prend toujours pour celui que je ne suis pas. Elle m'exalte et m'exaspère. »

b) *Griefs plus précis* : 1° C'est une *malade*. Elle a été soignée par un psychiatre en 1937. L'homme affirme son intention, dès sa sortie, de la faire soigner à nouveau.

2° Elle est *frigide*. C'est une « faible » au point de vue sexuel, et qui d'ailleurs a été hystérectomisée en 1937. Lui, au contraire, se considère comme sexuellement normal.

3° C'est une *fugueuse* à répétition. « Elle se voit malheureuse, elle emporte la caisse et elle s'en va. Elle m'a quitté seize fois déjà. Puis elle revient continuellement. » Dans ces retours constants il voit la preuve que la maison n'est pas si mauvaise que cela.

4° S'il est jaloux, il a peut-être, pense-t-il, des raisons de l'être, du fait de ses départs réitérés. D'ailleurs il argue d'un fait précis (et effectivement réel), à savoir, une blennorragie de sa femme « qu'elle a attrapée je ne sais où ».

5° C'est d'ailleurs une *divorcée* (à son tort) d'un premier mariage.

C. ÉLÉMENTS OBJECTIFS D'APPRÉCIATION. — a) *Dossier de police* : assez réservé sur le comportement de la femme. Lors du premier passage de l'homme à l'Infirmierie spéciale en 1936, une voisine soulignait la responsabilité directe de la femme dans la genèse des colères. « Mme V... a quitté cette année quatre fois le domicile conjugal. Elle reste absente un ou deux mois, et elle revient. Elle ne s'est jamais entendue avec son mari. Tous deux ne font que se disputer. Tous deux ont des torts... Je crois que sa femme attise ses colères au lieu de chercher à le rendre moins violent. »

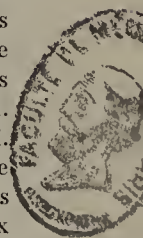
M. Heuyer, à la même époque, tenait compte de cette opinion et concluait à la mise en liberté de V... sans internement dans le certificat suivant : « Alcoolisme chronique. Troubles du caractère. Idées de jalousie. Interprétations. Quelques faits réels : plusieurs départs de la femme, l'un d'eux suspect : blennorragie avouée de la femme sans infection actuelle du mari. Discussions interminables sur l'origine de la contagion. Scènes quotidiennes à l'occasion des soins. Histoires d'alcôve. Menaces à la femme. Quelque sadisme. Bourreau conjugal. Mauvaise foi. Mendacité. D'abord dénégation complète, puis à demi. Obséquiosité douceureuse. La femme, débile dans l'ensemble, victime mais partiellement sincère. A l'infirmierie, calme. Lucidité, promesses habituelles. Au cours de la confrontation, décision commune des deux partenaires de ne plus vivre ensemble... Peut sortir, mais doit être placé sous la surveillance du commissaire de police du quartier. »

A la même époque la femme fait une déclaration d'abandon du domicile conjugal. En fait, d'un commun accord, reprise ultérieure rapide de la vie commune.

b) *Service médico-social de l'usine* : durant tout le cours du placement, le Service social, tout en réclamant le sujet au nom des employeurs, n'a cessé de s'intéresser à V... qu'on considère comme une victime de sa femme. Lettres et démarche personnelle du médecin de l'usine. La femme, dit-on, avait depuis longtemps l'intention de faire interner son mari.

c) *Impression personnelle durant le séjour* : la femme fait une impression assez quelconque. Elle est plutôt vulgaire. Elle apporte des douceurs à son mari, qu'elle visite régulièrement, tout en l'accablant dans ses témoignages. Mais au bout de quelques mois elle reconnaît qu'une partie est exacte des griefs formulés contre elle. Elle laisse alors entendre qu'elle-même a exagéré les torts de son mari. Son attitude change encore par la suite. Finalement elle demande la sortie avec insistance en invoquant des raisons pécuniaires. Malgré les conseils de séparation, elle désire reprendre la vie commune.

L'homme à l'asile est très hypocondriaque au début, réclamant des soins pour les troubles les plus divers (constipation, insomnie, aéro-phagie). Par la suite il s'améliore, devient calme, docile, travailleur. Progressivement ses accusations perdent de leur acrimonie. Finalement il manifeste à son tour le désir de reprendre la vie commune.



AU TOTAL, torls réciproques certains, que chacun même reconnaît en partie, mais qui n'empêchent pas la réconciliation ultérieure. Homme pervers, hypocondriaque, paranoïaque, indéniablement dangereux. Femme fugueuse, volage, irritant et entretenant les colères du mari. Un partage analytique des responsabilités n'expliquerait rien. Il y a au-dessus d'elles un attachement réciproque et des troubles d'interactions. La situation ne devient compréhensible que si on l'envisage sous l'angle d'une réalité supérieure : le couple. On ne peut la réduire à ses composantes, on ne peut la comprendre que par lui. Le symbole de cette irréductibilité est figuré par la vie sexuelle du couple : l'homme, pervers, habituellement impuissant, ne retrouve un semblant de virilité qu'à l'occasion de ses colères. La femme, fugueuse, mais revenant toujours, attise les colères du mari comme si elle voulait en profiter. Le désir, et peut-être même une attente perverse du danger, un certain masochisme inavoué dépassent la crainte de ce danger pour lui en faire souhaiter le renouvellement. Ces faits ne peuvent être compris qu'à la lumière du « Tout » qu'ils forment. Les contradictions dans les témoignages des deux partenaires ne sont que des apparences. Sur le plan de la réalité vécue ils ont la même signification. Par leurs griefs réciproques, l'homme et la femme expriment leur mutuel attachement. C'est en niant leur entente qu'ils l'affirment dans le symbole du couple, au moins sur le plan de leur vie sexuelle, perverse, dangereuse, mais désirée.

III. Fondements psychologiques des dissensions au sein du couple conjugal

Notons d'abord que dans les ménages apparemment les mieux constitués, peuvent exister des tyrannies mineures unilatérales, dont la victime ne tire pas les conséquences extrêmes, soit que les troubles restent limités, soit que des raisons d'intérêt ou un *modus vivendi* tacite atténue les risques d'explosion. En réalité, si l'on peut retrouver dans le passé de ces sujets difficiles l'un des facteurs caractériels signalés ci-dessus, on ne constate tout de même pas cette accumulation de facteurs, si spéciale au « Bourreau Domestique » d'asile. Chez ce dernier, au surplus, la quasi-constance du facteur alcool rend plus inévitable encore la rupture du couple. Si bien que dans ces cas, on peut au contraire s'étonner de ce que la femme (surtout dans les milieux à stabilité conjugale précaire) ait pu supporter aussi longtemps les persécutions du mari.

En dehors de toute tyrannie unilatérale, l'évolution naturelle, physiologique, du couple conjugal, suppose tôt ou tard un conflit

entre les conséquences de ce qu'on est convenu d'appeler les « habitudes conjugales » d'une part, et, d'autre part, la bien-séance, et, pour tout dire, la « politique » du couple. Les confidences des partenaires à ceux qui, par profession, sont amenés à s'intéresser au couple conjugal font état couramment d'une accumulation de petites rancunes, de petits griefs quotidiens. Les risques croissent, d'une intolérance mutuelle. Celle-ci est entretenue ou aggravée par la naissance ou l'accentuation d'un besoin réciproque, plus ou moins irraisonné, d'opposition. Avec l'habitude, la retenue est moindre aussi, des impatiences ou des colères, sans parler des *caps* conjugaux mettant à l'épreuve les ménages les plus solides. Ces incidents ne prennent d'ailleurs en général leur vraie couleur qu'à intervalles éloignés, et seulement au cas où l'un des deux partenaires (sinon les deux) présente une personnalité accusée. Ils surviennent parfois par crises, entrecoupées de longs intervalles sans nuages. Ils deviennent au contraire monnaie courante chez l'anormal caractériel. De par les tendances, de par l'alcool, les accommodements ne sont plus possibles. Chaque scène, au lieu de se dissoudre dans l'affection conjugale, aboutit à une impasse, sans chances de retour en arrière, d'autant plus, comme nous le verrons, que manque au couple en cause l'élément foncier de l'équilibre conjugal : la réconciliation de l'alcôve. Ainsi, les positions, loin de s'amenuiser, s'affirment : le besoin de commander, d'« avoir raison », devient de l'impérantisme ; la mauvaise humeur, de la colère ; le bris d'une chaise remplace le geste d'impatience, la hachette complète la menace. Ce sont, en bref, les mêmes modes de réactions que chez le sujet normal, mais amplifiées et caricaturales.

D'autres éléments, de valeur plus générale, entrent forcément en ligne de compte. Si l'on veut comprendre le *couple conjugal*, il faut d'abord s'entendre sur les bases qui solidarisent ses éléments : le langage, la vie sexuelle. Tous deux ont une formule étroitement liée à la structure caractérielle. Chacun parle son *langage*, comme chaque être a sa formule sexuelle particulière. Il faut donc se comprendre et s'attirer. Tout est là. Ici encore, il faut opposer le normal et l'anormal.

1° Dans la vie courante, compte tenu de la psychologie différente des sexes et d'une certaine marge de compréhension, les gens voient les choses à peu près de la même façon. Ainsi les mots ont-ils aux yeux de la masse, au moins dans un milieu social donné, un sens à *peu près* équivalent pour chacun. Cette

équivalence serait une égalité vraie chez des sujets tous en parfait équilibre caractériel. Mais c'est là, vue théorique. En dépit de leur définition formelle, les mots ne signifient que ce qu'on veut bien leur faire dire. Or, on ne leur fait dire que ce que l'on en saisit de par sa structure biotypologique individuelle. C'est ce dynamisme et ce fluent des mots qui les rendent si difficiles à ajuster entre deux personnes de dispositions caractérielles contraires. Ainsi deux êtres faits pour vivre l'un près de l'autre « ne parlent pas le même langage » et, comme tels, pour peu que leurs personnalités s'éloignent du type moyen, ne peuvent parvenir à s'entendre.

Cette diversité de points de vue n'entraîne pourtant pas forcément des conflits dès le début de la vie quotidienne : en effet, le roman qui se tisse autour des premiers mois ou premières années attire à lui les éléments d'incompatibilité. Peut-être même en fait-il, en vertu du principe stendhalien, autant de facteurs de cristallisation. Mais les motifs d'attraits du début peuvent devenir motifs ultérieurs d'éloignement. Y concourent d'une part, les effets de l'habitude et de la satiété, d'autre part le gauchissement individuel des tendances sous l'influence de l'âge. Si, dans l'immense majorité des cas, l'adaptabilité réciproque modèle les époux l'un sur l'autre, au point de créer parfois entre eux le lien d'une mutuelle ressemblance, il n'en va pas de même avec les caractères trop fortement tranchés. Peu adaptables, ils sont comme tels, des facteurs d'impatience, de raideur et de tension. Ils se refusent à l'inter-suggestion de couple qui constitue l'un des ciments de l'union conjugale.

2° Toutes ces données trouvent leur symbole vécu dans la vie conjugale, à savoir : l'*alcôve*. C'est elle qu'on retrouve comme facteur essentiel de l'union conjugale, avec tout ce que l'on connaît des désordres liés aux anomalies de l'intimité sexuelle. Aussi bien n'est-il pas étonnant que ce soient des griefs de cet ordre qui s'observent avec la plus régulière fréquence dans la psychopathologie du couple.

IV. Les griefs réciproques et la vie du couple au cas d'anomalies caractérielles uni ou bilatérales

A. — LE PROBLÈME SEXUEL. — 1° Dans les deux cas rapportés plus haut, comme dans le cas déjà publié, les griefs de la femme ont nettement trait à la vie sexuelle : impuissance et exigences

dans le cas P., publié antérieurement, exigences anormales d'un sujet se mettant en colère par sadisme pour combattre son impuissance (cas II). Dans l'ensemble, toutefois, c'est surtout l'homme qui révèle l'existence d'un conflit sexuel conjugal, et ce, en raison de la fréquence des anomalies réelles chez la femme elle-même. Sur 38 observations de Bourreaux Domestiques avec interactions de couples, suivies dans notre service, on retrouve 13 fois des imputations de frigidité ou de répulsion de la femme pour le mari. Dans six cas, le relâchement de la vie sexuelle était lié à l'involution physiologique des partenaires. Il n'en coïncidait pas moins avec l'accentuation des dissentiments conjugaux, comme si la disparition, même consentie de part et d'autre, du lien conjugal, avait donné libre cours aux incompatibilités d'humeur. Dans les autres cas, la verdeur de formulation des griefs de l'homme en dit long sur l'intensité de la rancune. « Depuis dix ans, je me mets la ceinture ». « On n'est pas jaloux d'un morceau de bois ». « Ma femme se négligeait complètement et me dégoûtait. » « Ma femme me recevait plutôt mal. » « Elle est peu complaisante. » « Ma femme était froide mais complaisante. Même plus ça depuis quelques mois », etc... Dans un cas, au contraire, l'homme reproche à la femme sa nymphomanie et ses exigences « malgré son âge ».

Dans quelle mesure, le mari est-il fondé à imputer à la femme des troubles de la vie sexuelle ? Il est difficile de le préciser. Egoïste et brutal, souvent pervers, l'homme n'est certainement qu'un médiocre initiateur, ignorant ou dédaigneux de la psychologie sexuelle féminine. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que la femme « rate », dès le début, sa vie sexuelle, d'où, pour elle, les conséquences psychopathologiques habituelles, et, éventuellement les tentations de l'aventure. « Ma fille a été conçue dans la haine et la répulsion », nous disait un jour la femme d'un Bourreau Domestique (d'ailleurs non interné), mais elle-même frigide et nerveuse. Du problème ainsi posé découle la nécessité d'une investigation très poussée sur ce point. L'homme ne réfléchit pas à certaines nécessités de la vie d'alcôve, faute d'y avoir été lui-même éduqué. L'amener à cette réflexion pourrait peut-être, durant le placement, et du moins dans certains cas, constituer un des éléments de la psychothérapie.

De toutes façons, on doit considérer comme une règle clinique, en présence d'une mésentente conjugale, de rechercher directement un trouble de la vie sexuelle et d'en préciser la nature, quel que soit le conjoint porteur de l'anomalie. L'anomalie de

l'un retentit de suite sur la vie sexuelle de l'autre. Dans la communauté des résultantes, dans le partage des griefs, où chacun, à travers son optique propre, considère le partenaire comme responsable du trouble, on retrouve cette synthèse étroite du couple, qui s'oppose à l'étude isolée de l'un de ses éléments.

2° Au problème sexuel se rattache celui de la *jalousie* réciproque, motivée ou non. Pour l'homme, il faut tenir compte d'abord de la jalousie constitutionnelle liée au terrain passionnel. Contrairement à l'opinion des manuels, c'est dans son cadre que s'inscrivent à notre sens la plupart des jalousies rapportées à l'alcoolisme. De plus, il y a l'inévitable jalousie, née des interactions que supposent les anomalies sexuelles précitées : les imputations, plus ou moins erronées, de maîtresse ou d'amant, parfois délirantes, qui en dérivent à l'égard du conjoint, sont autant de motifs à explosion caractérielle, en dehors de l'irritation née des réciproques insuccès d'alcôve. Cette jalousie se retrouve dans trois de nos 38 cas chez l'homme, dans cinq cas chez la femme. Dans deux autres, le grief en était réciproquement exprimé. Enfin, dans l'observation suivante, la jalousie réciproque était peut-être le fait d'un délire croisé d'infidélité.

Obs. III (très résumée). — F..., 74 ans : alcoolique chronique, déséquilibré, caractériel, sénilisé, hypertendu. Interné pour la deuxième fois pour injures et voies de faits sur sa femme. La mésentente conjugale, vieille d'une dizaine d'années, porte essentiellement sur le désaccord sexuel et s'exprime dans une jalousie réciproque : la femme accuse son mari d'avoir une liaison et de vouloir installer sa maîtresse au domicile conjugal. Le mari se défend avec des accents de sincérité troublants, et accuse sa femme de nymphomanie et de vouloir se débarrasser de lui pour prendre un homme plus jeune. Il invoque son grand âge et affirme « ne plus s'intéresser aux choses de l'amour ». Une enquête de police, comprenant le témoignage des 5 enfants, ne permet pas de conclure. Deux d'entre eux nient, les autres affirment l'existence de cette maîtresse du mari. — Au total, contradictoires en apparence, les témoignages des conjoints, le résultat de l'enquête ont bien la même signification : celui d'un trouble profond dans la vie du couple, trouble dont on ne peut imputer la cause à aucun des deux éléments, pris individuellement, mais qui s'explique et se comprend, envisagé sous l'angle du couple lui-même, dont le symbole vécu a cessé d'exister.

3° D'ailleurs, l'*amant* peut réellement s'inscrire en tiers dans le ménage. On sait combien l'enquête sur ce point est difficile à distance. Dans neuf cas, cependant, l'infidélité de la femme était

avérée ou probable. En voici un cas typique, et directement à l'origine du placement de l'intéressé.

OBS. IV (très résumée). — C..., 43 ans : ancien traumatisé crânien, buveur moyen. Déséquilibré caractériel, coléreux, jaloux. Interné pendant 6 mois à l'occasion d'une grave scène de ménage avec simulacre de suicide au revolver.

La femme est épileptique, vraisemblablement alcoolique, et en tout cas infidèle. Un mois avant l'internement, elle avait avoué à son mari l'avoir trompé, et ce fait a entraîné l'aggravation des scènes de ménage jusqu'au placement. Ce qui n'a pas empêché la femme de formuler avec véhémence des demandes précoces de sortie.

La présence de l'amant rend difficile l'appréciation de sincérité de l'épouse dans les griefs qu'elle invoque pour faire réinterner son mari (il s'agit souvent, en effet, de réinternements). C'est elle également qui compliquera ultérieurement le problème de la sortie.

OBS. V. — E..., 55 ans. Troubles certains de l'humeur et du caractère. Interné pour la cinquième fois, par voie de placement volontaire par sa femme. Depuis, celle-ci n'a donné signe de vie que pour notifier son refus de faire sortir son mari. Aux termes de certains renseignements elle aurait enivré le sujet, avec la complicité de son amant actuel, afin de justifier le réinternement.

Bien entendu, la jalousie de la femme peut avoir, elle aussi, légitimement à s'exercer. Si nous n'avons retrouvé l'infidélité de l'homme que dans trois de nos 38 cas, nous ne sommes pas dupes de l'insuffisance notoire de ce chiffre.

B. — L'ÉQUILIBRE CARACTÉRIEL DE LA FEMME. — Le déséquilibre psychique de la femme est un des griefs les plus volontiers articulés par l'homme au cours de son examen. Il est bien certain que, dans ces ménages orageux, la femme est assez souvent « nerveuse ». La ménopause (naturelle ou chirurgicale) exagère cet état de choses. Elle coïncide souvent au surplus avec l'aggravation du comportement de l'homme. A ce moment de son existence, la femme, ou résiste, ou exaspère son mari par un état de semi-déséquilibre dont il est peut-être, de par les sévices passés, le premier responsable, mais que, par un véritable cercle vicieux, il ne tarde pas à lui imputer.

Il faut avouer qu'en dehors de toute incrimination du mari, certaines femmes font une impression fâcheuse. « Elle est plus

folle que lui », dit familièrement d'elles le personnel, appelé de par les nécessités de la profession à de fréquents contacts avec elles.

Le déséquilibre vrai se rencontre naturellement aussi. La femme peut être elle-même coléreuse et paranoïaque. Dans 21 cas, le mari reproche à la femme d'être « coléreuse ». « Elle attise les querelles », « elle est véhémence et rancunière », « acariâtre », « susceptible, entêtée ». « Elle remet toujours tout en question, même à l'Asile » : autant d'épithètes que de griefs. Dans quatre cas au moins, ces troubles, au dire de l'homme, étaient tels, que celui-ci « traitait sa femme de folle et voulait la faire interner », ou tout au moins « traiter ». Dans deux de ces derniers cas, les femmes furent effectivement suivies par un psychiatre. Deux fois cependant, l'homme reconnaît la réciprocité des torts : « Nous sommes deux entêtés, elle est comme moi ».

Dans une de nos observations (IV), la femme présentait des crises épileptiques. On retrouve chez une autre des crises épileptiformes. Enfin, dans l'observation P. publiée antérieurement, des crises étaient simulées, de l'aveu de la femme, pour faire cesser les crises de colère du mari qu'on tentait ainsi d'apitoyer : moyen dénotant déjà un caractère particulier.

A défaut de griefs personnels très précis sur ce point, l'homme argue parfois contre sa femme d'une vésanie parentale ou collatérale de celle-ci. La dame P. par exemple (obs. publiée) avait plusieurs ascendants ou collatéraux internés ou débiles.

C. — L'ÉPOUSE ET SES DÉFAUTS. — Plutôt qu'un déséquilibre vrai l'homme reproche souvent à sa femme des « défauts » où domine l'imputation soit d'impérialisme, soit d'absence du sens ménager. On en veut à la femme de prétendre vouloir tout commander (dix cas) : « Elle voulait me tenir ». « Je n'ai jamais porté la culotte ». Dans l'observation publiée, l'épouse est accusée de vouloir faire marcher le commerce à la place du mari qui, pourtant, « lui a tout donné ».

Le peu d'intérêt pris par la femme aux soucis de l'intérieur se traduit sur les lèvres de l'homme par des griefs divers : l'épouse est « dépensière » (4 cas), « désordre » (4 cas). Plus rarement on lui reproche sa malpropreté, sa paresse, et enfin, son désintérêt des enfants : autant d'éléments essentiellement subjectifs, l'homme considérant les choses dans la méconnaissance absolue des contingences, oubliant que c'est lui qui sou-

vent ne rapporte pas d'argent à la maison. Dans certains griefs, comme l'imputation de désordre, on trouve le reflet de ce goût spécial de l'ordre que présentent nombre de paranoïaques, cette méticulosité maniaque, amoureuse du détail, si souvent décrite chez l'épileptoïde. « J'aime bien », expliquait tel de nos sujets, au cours d'une expertise médico-légale, « avoir mon bureau, mes outils, cela bien rangé. Et ma femme vient mettre son désordre dans tout cela ». D'une façon plus générale, on retrouve dans ce grief le heurt de l'émotionnelle plus ou moins instable et de l'instinctuel, à la méticulosité logique, soupçonneuse et tracassière.

D. — L'ABANDON DU DOMICILE CONJUGAL. — Dans l'abandon du domicile conjugal par la femme, on retrouve ce même transitivity réciproque, si particulier à la vie du couple. Dans quatre cas, la femme quittait le domicile pour fuir les violences de l'homme. Mais certains de ces départs demandaient interprétation. L'une des femmes partait, en effet, comme par habitude. Dès son jeune âge, elle avait coutume, devant l'alcoolisme paternel, de fuir avec sa mère chez les parents de cette dernière. A la première occasion, elle avait continué à agir ainsi à l'égard, non plus de son père, mais de son mari. Dans l'obs. II, la femme est une habituée de l'abandon de domicile. Cette facilité même, comme la facilité du retour, ne laisse pas que d'être en soi quelque peu suspecte.

E. — LE DIVORCE ANTÉRIEUR DE L'ÉPOUSE. — Le divorce se retrouve fréquemment dans le passé des partenaires. Dans six de nos cas, la femme était une ancienne divorcée. Dans quatre de ces cas, le divorce avait été prononcé à ses torts, ce que ne manque pas, par la suite, de lui reprocher le mari, même si celui-ci se trouve dans la même situation. Il n'en demeure pas moins que le premier fait persiste, en tant que grief possiblement légitime de l'homme à l'égard de l'épouse.

V. Le rôle du facteur « couple » dans la genèse des scènes de violence du bourreau domestique

En face de cet élément réactogène que constitue la femme nerveuse, — ou présentée comme telle, — comment s'organise le drame des scènes de violence ? Les griefs ci-dessus sont en somme d'ordre général. Ils interviennent périodiquement et

alimentent une scène éclosé à l'occasion d'incidents plus immédiats.

1° On ne peut pas ne pas retenir la maladresse de certaines femmes, maladresse qui s'exprime dans les propos, l'interprétation des faits tels qu'elles-mêmes les rapportent. C'est le cas de Mme R. (obs. I). Cette maladresse ne peut leur être d'ailleurs entièrement reprochée. Sans doute serait-elle sans conséquence avec un mari normal et pacifique. Peut-être se serait-elle rapidement effacée d'elle-même dans une union où l'homme eût été le guide naturel de l'épouse. Si, au contraire, la situation est trop difficile pour certaines femmes, celles-ci, tout en étant « bien », ne sont pas à la hauteur. Leur maladresse s'exagère de leur incertitude quant à la conduite à tenir. Leurs alternances de raideur et d'indulgence fortifient l'homme dans le sentiment que tout lui est permis. Aussi bien, rapidement, leur présence seule, leurs réflexions deviennent-elles des motifs faciles et suffisants d'explosion. Chaque propos de la femme donne à l'impérantisme de l'homme l'occasion de se manifester. L'instinctuel, de par sa tendance au paralogisme, son penchant à se croire volontiers persécuté, guette, sous l'influence de son hyperexcitabilité, la moindre allusion vexante, la moindre insinuation qu'il déforme. La femme l'irrite par sa maladresse, ses reproches à contre-temps. Une personne intelligente s'y perdrait d'ailleurs elle-même, car le sujet est difficile et « on ne sait comment le prendre ». Tout excite son esprit d'opposition. Mais comme toujours, volontiers transitive, il estime que sa femme ne sait pas s'y prendre avec lui. « On veut l'humilier, lui faire sentir qu'il est fou ». À ce titre, un des griefs les plus fréquents tient dans la menace (effectivement brandie à tout moment par certaines femmes) de « faire réinternier le mari s'il fait mine de broncher ». « Je n'aime pas qu'on me jette Ville-Evrard tout le temps à la tête. » Aussi bien, quand ce réinternement est accompli (par l'intervention, en général, de la Police), se mêle-t-il dans l'esprit de l'homme l'idée que « tout cela a été combiné ». « On a tout fait pour rendre enragé le mouton que j'étais ». « On fait interner l'homme après l'avoir poussé à bout, puis on s'arrange en dehors de lui pour le commérer. » (Souvent, en effet, des questions d'intérêt sont également en jeu).

2° La femme elle-même s'intègre dans un tout qui complète le milieu familial, et qui intervient dans la vie du couple, comme élément plus souvent diviseur que conciliateur.

a) Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la *belle-famille*

est rarement prise à partie par l'homme. Dans le cas R. (obs. I), c'est pourtant le beau-père qui, non sans quelque apparence de raison, est accusé de mener le jeu contre l'intéressé, en faisant de sa fille un docile instrument.

La femme, à son tour, impute parfois à grief au mari les agissements des parents de ce dernier. Dans le cas R. (obs. I), elle reproche à son beau-père d'aller s'enfermer dans sa chambre au moment des discussions conjugales, au lieu d'intervenir pour prendre son propre parti.

Dans cette question des rapports de l'homme et des beaux-parents, on retrouve, à vrai dire, les problèmes habituels d'interactions familiales banalement rencontrées dans la vie courante. Si la clientèle asilaire n'en offre pas d'exemples plus caractéristiques ou plus nombreux, c'est d'abord que le couple dans ce milieu est exempt des préoccupations d'intérêt, causes fréquentes d'aigreurs réciproques dans les milieux moyens. C'est ensuite que les troubles, comme il a été dit, ne se manifestent que tardivement, à un âge où les beaux-parents ont disparu. Enfin (et surtout) la dislocation familiale est habituelle dans les milieux de déséquilibres caractériels. Elle a eu précocement l'occasion de se manifester. L'homme a quitté très tôt le domicile paternel. De même pour la femme, si celle-ci a déjà eu une vie antérieure mouvementée. Les beaux-parents vivent ainsi complètement en dehors du *clan* familial, au lieu d'y être étroitement insérés comme c'est la règle dans une famille normale et unie.

b) Les *enfants*, au contraire, troisième élément du trépied familial, interviennent constamment dans la vie du couple. Ils constituent une cause importante de désaccord. Ici, deux problèmes se juxtaposent : l'un qui fait d'eux l'occasion des disputes conjugales, l'autre qui est lié aux interactions sociales et au conflit du père et des enfants, du fait, chez ces derniers, de tendances caractérielles analogues à celles du père. Nous ne retiendrons ici que le premier point. Il vise, naturellement, des questions d'éducation. Celle-ci est d'autant plus naturellement en cause que l'impérialisme de l'homme l'amène à vouloir tout régenter. « Il veut qu'on lui obéisse, etc... » Cet impérialisme se heurte à des enfants qui, de par leurs tendances propres, ne vont pas tarder à lui tenir tête. La mère prend parti pour eux ou les enfants pour leur mère. Dans d'autres cas, la famille se disloque, les enfants étant amenés à choisir entre leurs parents qu'ils suivront dans leurs pérégrinations respectives. « Les enfants veulent être les maîtres », « avoir le dessus », « Ils

soutiennent la mère ». « Ils sont vifs et emportés, ils répondent ». « Ils sont comme la mère ». Autant d'expressions recueillies dans les dossiers.

L'intérêt du père pour la conduite de ses filles est également source de conflit. Dans un de nos cas, cette conduite d'une fille s'est trouvée à l'origine directe de l'internement du père.

Obs. VI (très résumée). — S..., 55 ans, alcoolique chronique, susceptible, autoritaire, coléreux, violent. Interné pour la deuxième fois à la suite de voies de faits sur sa femme et sa fille. Dans le ménage, ses enfants sont le motif habituel de la discorde. L'aînée est mariée, mais, fâchée avec la mère, voit son père en cachette.

La cadette, âgée de 16 ans, fréquente un jeune homme que le père considère comme peu recommandable. Ses sorties nocturnes sont le motif direct des discussions. La femme, suggestible, écoute les conseils du père du prétendant. Elle est suspectée d'avoir intentionnellement attisé les querelles. Le mari interné, le mariage de la fille se fait rapidement et sans l'autorisation du père. L'enquête révèle qu'il s'agissait de légitimer une grossesse illégitime dont la réalité justifie *a posteriori* les griefs de l'interné.

Ajoutons que tout récemment, le fils (15 ans) a écrit à son père pour lui demander à quitter le domicile familial où la vie est devenue « intolérable » du fait des colères et du mauvais caractère de la mère.

Nous ne ferons que signaler ici les fixations troubles de père à fille, avec la série d'interactions familiales qu'elles entraînent.

VI. Evolution de la vie conjugale en fonction de ses interactions

1° Pour la femme, on peut se demander en vertu de quel mécanisme le drame, longtemps latent ou supporté, finit par se dénouer un jour.

En fait, il est rare, avec une femme à personnalité forte, qu'il n'éclate pas précocement, disjoignant dès les premières années le ménage par séparation ou divorce pour « incompatibilité d'humeur ». Dans les autres cas, le caractère tardif du dénouement, dont l'internement du tyran familial est l'aboutissant, tient à des causes diverses.

a) Il se peut que la femme, naturellement souple et suggestible, ait accepté sans mot dire la situation. Le placement de l'homme se fait en dehors d'elle, souvent à l'occasion d'une

intervention de police. On n'apprend les sévices subis par elle qu'indirectement, par les enquêtes. En dépit de l'interrogatoire, elle-même se dérobe systématiquement, minimisant des anomalies caractérielles qu'elle nie pour réclamer presque immédiatement la sortie.

b) Dans d'autres circonstances, la femme, qui s'est décidée, sur l'avis des tiers, à conduire son mari en service libre « pour le faire soigner », regrette aussitôt son initiative. Il ne faut rien moins, quand la situation paraît menaçante, qu'une transformation de placement volontaire en placement d'office pour venir à bout de sa résistance.

2° De son côté, le sujet peut :

a) n'avoir pas présenté de suite des troubles du caractère ; ceux-ci ont pris une forme progressive. Supportables (encore qu'existant déjà) au début du mariage, ils s'accroissent du fait des interactions multiples de facteurs. Ceux-ci aggravent au surplus l'intolérance à la boisson, si bien qu'à leur acmé le sujet peut n'être plus, de par cette intolérance récente, un buveur vrai.

b) Autre cause d'internement tardif : nombre d'anormaux caractériels n'ont leurs troubles que par périodes, en fonction d'un véritable rythme personnel d'excitation. Durant ses phases de brutalité, d'exigences de toute nature, le sujet se met à boire, sans qu'il soit possible de voir dans ces excès de boisson la cause ou la conséquence de l'excitation. Entre ces périodes, au contraire, l'individu est supportable : il accuse même des remords, dont une sensiblerie facile est susceptible d'accentuer les effets aux yeux d'une femme perplexe, et d'autant plus hésitante que se pose en même temps pour elle le problème du pain familial.

3° Dans tous les cas, l'évolution du couple se caractérise par l'importance croissante d'un *transitivisme réciproque* où il n'est plus possible de discerner les responsabilités respectives. A partir d'un certain moment, la situation tend vers l'impasse. L'intéressé, dans sa logique simpliste, se pose en victime. Il n'est, en fait, victime que de ses paralogismes. On ne peut oublier, malgré cela, que l'attitude et le comportement de la femme constituent parfois autant de motifs d'explosion, ce qui donne à l'homme une *apparence* de raison. « Je n'ai jamais été comme ça qu'avec ma femme », disait l'un d'eux, « avec les autres femmes j'étais même gentil et gai. C'est elle qui me rend comme cela. »

C'est cette interaction qui est la raison fondamentale de l'im-

passé où tend le couple, et qui va déterminer, non seulement l'internement de l'homme, mais, dans les cas plus graves, une attitude particulière de la femme durant le séjour à l'asile. Le problème du couple intervient en effet directement dans l'appréciation des conditions de traitement et de sortie.

VII. Les éléments d'appréciation objective dans les griefs réciproques des époux

C'est en vue de ce problème difficile (maintien à l'asile d'un sujet lucide, interné sur plainte de sa femme) que doivent être recherchés les éléments objectifs d'appréciation. Il s'agit moins, on le voit, de faire le départ des responsabilités que de pénétrer les composantes psycho-caractérielles des partenaires pour comprendre leur ligne générale d'interactions. C'est donc un bilan non seulement de l'homme, mais de la femme qui doit être tenté.

1° Certes, on peut demander une *enquête de police*. Nous y recourons par acquit de conscience dans les cas douteux. Mais l'enquête départage incomplètement les parties. Il ne peut guère en être autrement. Il se trouve toujours un témoin pour insinuer que l'attitude de la femme est équivoque, qu'elle pourrait bien avoir complété l'internement ou le réinternement du mari. En pratique, les gens ne jugent que sur les « on-dit », si même ils n'inventent pas un roman à partir de quelques vagues présomptions. Dans deux de nos cas, les voisins ont adopté une attitude résolument active en faveur de l'homme. (Dans l'obs. VI, ils ont signé une pétition chargeant délibérément la femme). Pourtant, même alors, le problème n'est pas résolu. Il n'en est que plus complexe.

On peut dire au total que, de la vie intime du couple, on ne sait rien. Cette ignorance trouve sa cause précisément dans l'étroitesse des interactions conjugales, connues du couple seul. Cette impuissance relative de l'enquête est d'ailleurs en soi hautement significative de l'impossibilité d'envisager des responsabilités individuelles. Elle justifie la nécessité de se placer, pour juger des interactions, sur le plan supérieur du couple.

2° Dans l'état actuel des choses, on ne peut guère s'en tenir qu'à l'impression personnelle durant le séjour de l'intéressé à l'asile. Cette impression peut être favorable ou défavorable.

a) L'interrogatoire de la femme, mené aussi méthodiquement

que celui du mari, porte sur les mêmes points. Dans cet examen vont se manifester les impondérables : la sottise ou la maladresse d'une personne qui par ailleurs peut avoir bien des qualités ; la psycho-rigidité de telle autre. Cet examen devra être aussi précoce que possible après l'admission du sujet. Il faut avouer que la conviction personnelle se dégage rarement avec netteté. Chaque partenaire, entendu isolément, charge l'autre à fond avec un égal accent de sincérité. Le problème est d'autant plus complexe que (voir l'observation II) la sincérité des époux est parfois sujette à caution. Plus ou moins inconsciemment, sous l'influence de mobiles secrets plus ou moins avouables, l'attitude de tous deux se modifie parallèlement. On s'accorde finalement par dessus la tête du médecin, sans solution sociale efficace.

b) L'impression sur la femme, même défavorable, n'innocente pas l'homme. Celui-ci garde naturellement ses troubles fonciers. La notion clinique du Bourreau Domestique, axée elle-même sur ce que nous savons du paranoïaque, du pervers instinctif, de l'alcoolique, etc., conduit directement, quelles que soient les interactions de milieu, à la solution de l'internement. Celui-ci reste justifié : il aboutit à la séparation des éléments du couple, — but social le plus urgent.

Le problème du couple se retrouve, au contraire, avec une particulière acuité lorsque, le sujet étant interné, se posent pour lui les questions de traitement et de sortie.

VIII. Le traitement et la sortie du bourreau domestique, en fonction de la notion du couple conjugal

A. COMPORTEMENT DES ÉLÉMENTS DU COUPLE PENDANT L'INTERNEMENT. — Sans l'internement, (celui-ci généralement par voie d'office), les colères et les violences conduiraient à une impasse ou au drame. Le placement coupe court aux réactions dangereuses.

a) Au début, certes, l'homme ressent à l'égard de sa femme un très vif ressentiment. Il ne se fait pas faute de la charger à fond. Pourtant il est rare que ce sentiment persiste avec une égale intensité. Les semaines suivantes, le sujet, sans s'attendrir, admet qu'il a eu des torts : « J'ai compris », dit-il, et ce sont les promesses habituelles, dont la valeur est connue, surtout chez le buveur.

Nous croyons pourtant à la sincérité, au moins momentanée, de certaines de ces promesses. Sous l'influence de l'isolement, l'homme a réfléchi. Sevré au surplus, il est plus malléable. Le simple internement, avec ou sans occupations dans l'asile, est déjà un traitement, en vertu d'un mécanisme très général, sur lesquels l'un de nous a eu récemment l'occasion d'insister (1). L'homme, quand il quitte l'établissement, est constitutionnellement le même, mais il est, d'intentions, meilleur qu'à l'entrée.

b) La femme. — Durant le séjour à l'asile, l'attitude de la femme est souvent significative et laisse prévoir le sens des difficultés que soulèvera la sortie.

Premier cas : la femme entend prolonger le séjour de son mari aussi longtemps que possible à l'asile. Tantôt, c'est un abandon pur et simple, tantôt une attitude douteuse (obs. 1), tantôt une surveillance attentive des velléités du médecin à l'égard du sujet, qu'on se refuse à faire sortir. L'attitude louvoyante de la femme, surtout lors du premier internement, est souvent liée à l'intervention, en faveur de l'homme, de la famille de ce dernier. Dès qu'elle a appris l'internement, celle-ci, demeurée jusque-là dans l'ombre, apparaît et se manifeste, en attaquant la femme. C'est souvent sous la pression de sa belle-fille que cette dernière se décide à demander, lors du premier placement, la sortie de son mari.

Lors des placements ultérieurs, son attitude est généralement plus rigide. Il n'est pas rare qu'à partir de ce moment elle se désintéresse délibérément de l'homme, si même elle ne part pas avec un amant. Dans tous ces cas, ce sera au médecin de prendre, malgré elle, l'initiative de la sortie. Cette initiative, faute de garantie, sera forcément tardive. Il est probable que le placement sera prolongé.

Dans un autre ordre de faits, au contraire (obs. II et IV par exemple), un gauchissement progressif se manifeste dans l'attitude de la femme en faveur de l'interné. Ce changement, parfois très précoce, aboutit à des demandes, elles-mêmes rapidement véhémentes, de sortie.

B. LE TRAITEMENT EN FONCTION DU COUPLE. — Dans les cas précédents le médecin se heurtait à l'indifférence de l'épouse. Dans le cas présent, c'est contre sa précipitation qu'il faut faire front. En matière de troubles du caractère, l'internement doit être prolongé. En dehors de toute thérapeutique médicamenteuse, il

(1) DUBLINEAU (J.). — Sur quelques aspects psychologiques de la captivité, *Ann. Médico-psychol.*, 1942 (1), mars.

agira d'abord en tant que tel. Il détruira les réflexes conditionnels générateurs, entre les éléments du couple, des scènes quotidiennes de naguère. Il donnera au sujet un cadre provisoire pour la réédification d'une vie nouvelle, facilitée par la désintoxication non seulement physique, mais morale de l'individu. Tout cela n'est possible que si l'on dispose de quelques mois. Il faut, s'en étant convaincu soi-même, parvenir à en convaincre l'entourage du sujet. Un isolement de moins de trois mois est pratiquement sans effet.

Ces mesures, toutefois, ne seraient que partiellement efficaces si ne s'y ajoutait une psychothérapie (individuelle ou collective). Le programme de cette dernière consistera moins dans des prêches illusoire sur la nécessité de ne plus boire ou sur les inconvénients de la colère, que dans une mise du sujet en présence de ses responsabilités. Ici encore, ce n'est pas sur ses responsabilités de « chef de clan » qu'il faut insister (l'homme ne les sur-estime que trop, et d'ailleurs mal). Il faut l'intéresser au contraire, — c'est-à-dire, en fait, l'initier, — à ses responsabilités de « partie » dans l'« alliage » du « couple ». Ces responsabilités, il les ignore, d'autant plus qu'il est naturellement égoïste. Il n'y a sans doute jamais réfléchi. Sans donner tort à la femme, — ce qui aggraverait la situation, et serait d'ailleurs contraire à l'esprit de ce qu'on se propose, — on peut expliquer à l'homme en quoi cette femme doit être à son tour comprise s'il veut éviter que des scènes nouvelles ne referment un cercle vicieux entr'ouvert par son placement. C'est dire qu'il faut d'abord connaître la femme pour commencer à traiter le mari. Inversement, et à la lumière de ce qu'on lui a révélé ainsi, on peut, sans être dupe de lui-même et de sa mauvaise foi, s'efforcer de le comprendre, en lui expliquant *pourquoi* on le comprend et pourquoi les scènes se sont produites, qui ont abouti à son internement.

Une telle psychothérapie, d'ailleurs, est loin, il faut l'avouer, d'être au point. Elle ne peut se permettre de tomber à faux. Or, elle tomberait à faux si elle ne procédait pas méthodiquement. L'homme n'est pas également accessible à tous les moments. Il présente des phases de malléabilité, au cours desquelles est plus facile son effraction affective ; c'est alors qu'aura chance d'être efficace le contact avec lui. Cette notion est banale dans les Internats Médico-Pédagogiques pour enfants difficiles et les éducateurs la connaissent bien (1). Elle doit pareillement s'implanter dans

(1) DUELINEAU (J.). — Buts et techniques de la rééducation dans les troubles du caractère de l'enfant. « *Pour l'enfance coupable* », mars-avril 1942.

l'observation et le traitement des « adultes difficiles ». Reste à dépister, voire à provoquer (au besoin expérimentalement) ces moments d'effraction affective.

C. LE COUPLE ET LA SORTIE. — La sortie, nous l'avons vu, est étroitement fonction du couple. C'est donc peu de dire que le sujet est amélioré et en état de sortir. La sortie ne vaudra que dans la mesure où l'homme retrouvera au dehors une atmosphère pour lui respirable. Cette atmosphère dépend en grande partie, — au moins au début, — de la femme. L'homme doit être accepté par le « couple » et c'est en fonction du « couple » qu'il faut « penser la sortie ». C'est dire que la femme, à son tour, doit être sérieusement prise en mains. Sans se placer sur le terrain des « torts » réciproques, il faut la mettre également en présence de ses responsabilités. Il est des choses qu'elle aussi doit « accepter », et des maladresses qu'elle doit éviter. Nous sommes ici devant un problème analogue à celui de la psychothérapie, en cure libre, des troubles du caractère de l'enfant. On ne saurait suivre l'enfant sans « prendre en mains » les parents. Ce, qu'il s'agisse de parents « faciles » ou « difficiles ». Il y a des choses à expliquer, que seul, le médecin, arbitre entre les parties, peut expliquer. Il est même des cas où l'on peut se permettre d'endoctriner sévèrement la femme.

L'important est d'essayer, quand se pose le problème de la sortie, de réaliser dans quelle mesure les conjoints peuvent continuer à vivre ensemble. Dans l'obs. II, par exemple, une communauté de préoccupations sexuelles crée manifestement un ciment entre les époux. Dans le cas I, au contraire, la maladresse de la femme est notoire. Rien, dans la vie conjugale, ne vient donner de chances à la réconciliation des partenaires. La sortie ne peut se concevoir que sur le plan d'une séparation prolongée, sinon définitive des époux. Il faut, pour le moins, trouver une solution intermédiaire, confier le sujet à sa famille (si elle accepte de le prendre en charge), et, surtout, « mettre de la distance » entre les époux.

Dans nombre de cas, on se trouve en présence d'un problème plus banal. La séparation, médicalement souhaitable, n'est sentimentalement pas possible. « On n'a pas été vingt ans ensemble, sans tenir un peu l'un à l'autre. » Le lien de l'union conjugale, ressenti par l'absence transitoire du sujet, est plus fort que les raisonnements et la raison. Dans ce cas, la solution la meilleure consiste dans une plus grande prolongation du traitement,

de façon à accroître chez l'intéressé les chances d'effraction affective qui lui rendront plus sensibles les joies du foyer retrouvé.

C'est dans ce cas également qu'on souhaiterait observer un changement radical dans notre conception du traitement asilaire des troubles du caractère. L'internement n'est qu'un épisode au cours d'une existence. Avant lui, le couple a un passé. Au delà de lui, il a un avenir qu'on peut tenter d'influencer favorablement. Créer des consultations de buveurs à la sortie de ces derniers ne suffit pas. Il faut que le médecin s'assigne pour but de se faire accepter comme confident et conseiller du couple après la sortie de l'interné. Il peut y parvenir indirectement, en s'intéressant par exemple aux enfants du couple. C'est là le côté social du problème, vers lequel le psychiatre d'asile doit tendre résolument. La famille, dans ses interactions, est une réalité mouvante. Mouvante, elle l'est bien davantage encore quand elle renferme des déséquilibrés. Les risques de chute sont alors quotidiens. Pour protéger les intéressés contre ce vertige collectif, l'influence du médecin n'est pas négligeable.

IX. Conclusion. Signification méthodologique de l'étude du couple. Le couple conjugal et la psychopathologie de la forme.

En définitive, le drame du Bourreau Domestique ne peut être envisagé que sur le plan du *couple*. Nombre de ces sujets ne sont tels que parce qu'ils rencontrent dans leur intérieur une femme qui leur donne barre sur elle par quelque défaillance. Une femme de tête capable de les subjuguier (car ce sont souvent des faibles sous leurs dehors emportés) les remet dans le rang. Si décidément les caractères se heurtent, elle se résout rapidement à la séparation ou au divorce. Une femme faible, qui se laisse dominer, est au contraire rapidement la proie de l'homme qui exerce sur elle son autoritarisme souvent sadique. Que si, au surplus, cette femme présente des défaillances (physiques ou psychiques), elle devient aussitôt l'occasion de griefs multiples que polarise facilement le transitivity naturel du sujet. Inversement, la femme tend, avec toutes les apparences de raison, à se poser en martyre de son mari. C'est ce *transitivity réciproque* qui est spécifique du couple conjugal. Avec un mari normal, la femme aurait eu une vie sans histoire. Le cas était trop difficile pour elle. Elle a été dépassée par la situation. Inversement, on

peut dire qu'avec une autre femme, peut-être plus rigide, plus forte, mais en même temps plus maîtresse d'elle-même et peut-être plus adroite, l'homme serait resté « dans les brancards ». Il n'aurait pas eu l'occasion de manifester aussi violemment ses tendances. La femme n'aurait pas fourni de prétextes, — se fût-il agi de faux prétextes, — à sa mauvaise foi naturelle. Telle autre femme, en dehors du couple, le subjuguera et le domestiquera. C'est donc bien dans le couple que s'organisent les interactions caractérielles.

Certes, les faits que nous avons tenté de mettre en évidence dans cette étude sont pour la plupart bien connus. Le roman psychologique, le théâtre ont souvent décrit certains de ces aspects de la vie conjugale. Il nous a paru toutefois intéressant d'en regrouper les éléments psychopathologiques, du fait des réflexions doctrinales et méthodologiques qu'ils suscitent.

Le Bourreau Domestique nous montre en effet un homme très différent selon les milieux où il se trouve. Ses interactions, le transitivisme réciproque entre les éléments du groupe social bien défini qu'est le couple rappellent des faits étudiés surtout sur le plan de la psychologie de la perception et dont le développement doctrinal a conduit à la « Gestalt Theorie » ou « Psychologie de la forme ». Il nous paraît que ce point de vue pourrait s'étendre à l'étude psychologique et psychopathologique du caractère. En particulier, dans le cas présent, une pleine compréhension des faits exige que le « couple » soit envisagé comme un « Tout » (nous dirions volontiers une « forme », une « Gestalt »). Celle-ci détermine le comportement des parties qui, primitivement, le constituent. Le Bourreau Domestique est incompréhensible ou imparfaitement compréhensible en dehors du couple. Nous ne pouvons ici développer ce point de psychopathologie. Qu'il nous soit permis toutefois d'en signaler l'importance. Importance pratique puisqu'elle conduit à une compréhension du trouble mental par l'étude juxtaposée de deux psychismes et de leurs interactions. Importance méthodologique, puisque ce qui est vrai de la psychopathologie du couple conjugal peut l'être également d'autres états psychopathiques, qu'il conviendrait en conséquence d'aborder dans le même esprit.

SUR L'APHASIE DE L'ELECTRO-CHOC

PAR

QUERCY

D'ordinaire, après la crise, au réveil, quand le sujet regarde, écoute, commence à agir, quand il peut être attentif à la question facile, à l'ordre simple, à l'objet familier, au texte, à l'image sans piège, il comprend, exécute, obéit, lit, nomme, répond passablement. Tout au début, on a souvent des gestes d'impuissance, le silence, l'immobilité devant les premiers objets à nommer ou les premiers ordres à exécuter ; puis, après quelques instants, après un encouragement, survient la réponse nette, franche, juste. Souvent, premières réponses très lentes. Quelquefois, légère dysarthrie, légère alexie, interprétation incomplète des dessins, courte ébauche de paraphasie. Tout cela, d'une autonomie discutable, cesse vite et brusquement, par une illumination soudaine. Il arrive pourtant que l'aphasie du réveil soit observable presque à loisir, pendant quelques minutes. C'est alors de l'aphasie amnésique, avec paraphasie, dans mes cas.

A la première époque héroïque de l'aphasie, Lordat (1) distinguait une « alalie par asynergie » et une « alalie par amnésie ». Dans celle-ci, le malade, avec une intelligence normale, avec une motricité et des synergies normales, souffre d'une « aberration de l'innervation » qui rend difficiles, nuls ou inutiles ses efforts pour se remémorer les mots. Il s'ensuit :

- 1° une alalie par amnésie (mots introuvables) ;
- 2° de la paramnésie et de la paralalie (mots les uns pour les autres), notre paraphasie ;
- 3° l'incompréhension de la parole d'autrui, notre « surdité verbale » ;
- 4° l'émission normale du mot rebelle lorsqu'il est enfin trouvé, ou lorsque le malade n'a qu'à répéter ce qu'on lui dit. Pour Lor-

(1) Leçons de 1820 (?). *Analyse de l'Alalie et de la Paralalie*, 1842.

dat, pas de localisation cérébrale de l'aphasie. De longues années plus tard, vint le triomphe de l'aphasie sensorielle. Par destruction d'un centre *sensoriel*, d'un centre auditif, le sujet ne comprend plus ce qu'il entend, bruit des objets, musique, parole ; il a de la surdité psychique, de la surdité verbale. L'impossibilité de trouver les mots, de les évoquer — alalie —, le fait d'employer un mot pour un autre — paralalie —, ne sont plus que des détails, des complications, des symptômes secondaires de la surdité verbale.

Pitres (1) voulut, surtout dans ses cliniques de 1898, rendre à la vieille aphasie amnésique de Lordat l'autonomie et une large place à côté des « quatre aphasies » : aphasie motrice, surdité verbale, cécité verbale, agraphie. Pour lui, l'aphasie amnésique, « l'aphasie dysmnésique d'évocation » n'est pas due à la destruction d'un centre, lequel serait lié lui-même à tel appareil ou à telle fonction particulière, ouïe, vue, appareil oral, main droite ; l'amnésie verbale serait l'affaiblissement d'une fonction générale du cerveau : l'évocation volontaire et intellectuelle des mots en présence des objets. Ces mots, s'ils sont entendus ou « soufflés » sont aussitôt et impeccablement retrouvés, prononcés et compris, avec tout leur cortège d'images et de concepts. Le malade atteint d'aphasie amnésique n'a pas de surdité verbale, il n'a aucun trouble de la reconnaissance, de la compréhension. Il semble en avoir : en effet, il oublie très vite le mot prononcé devant lui, qu'il a compris et répété, il a de « l'apexie » ; si donc il peut comprendre les mots isolés ou les propositions courtes, dès que la phrase s'allonge, dès que l'ordre se complique, il en oublie des composantes, et tout se passe comme s'il avait de la surdité verbale. On lui dit, comme dans le cas de Sérieux (2) : « Prenez le chapeau qui est sur la table » et il répond : « J'ai une table à la maison », ou : « Le chapeau est ce qu'on met sur la tête » ; à l'observation : « Vous étiez piqueuse de bottines », elle réplique : « J'ai une paire de bottines », et on l'accuse de surdité verbale, alors que ses apparentes incompréhensions ne seraient que l'oubli de telles ou telles images.

Négligée malgré Pitres, l'aphasie amnésique a pourtant intéressé quelques cliniciens, et l'on s'est efforcé, sur ce point comme sur tant d'autres, de dépasser le point de vue « association-

(1) Leçons sur l'Aphasie amnésique, recueillies par ABADIE, éd. du *Progrès médical*, 1898. — Les Paraphasies, *Revue de médecine*, 1899, p. 337-360. Rapport au Congrès de Lyon (1895), sur l'agraphie et sur l'aphasie sous-corticale.

(2) Sur un cas de surdité verbale pure. *Revue de médecine*, 1893.

niste », « atomiste » du XIX^e. Goldstein, par exemple (1), a voulu montrer que la difficulté à accomplir volontairement, par ordre et à froid, la tâche de nommer les objets n'est pas un trouble élémentaire, primitif, essentiel. L'essentiel serait ceci : la chute du malade d'un plan de conscience plus conceptuel à un plan plus intuitif. Avec ou sans mot, même doté du mot par l'observateur, le malade se montre très inapte à classer, à grouper, à ordonner, à construire, à abstraire, à subsumer sous un concept, à tenir compte d'une qualité commune. D'autre part l'aptitude ou l'attitude « catégorielle » et l'aptitude à nommer ne feraient qu'un et constitueraient un fait premier. Chez le malade tombé du « catégoriel » à « l'intuitif », cette chute au trop concret affecterait à la fois l'idée et le nom, l'idée générale et le signe mobile. Pourtant, lorsqu'une sénile répond, devant une pomme « c'est un fruit », devant un crayon « c'est pour lire, c'est un paroissien », et devant une balance « c'est pour vendre les choses », il est difficile de condamner tout à fait le vieux point de vue « atomiste », et d'accepter sans réserve des thèses plus favorables à l'activité globale de l'esprit, de sacrifier l'apparence des images et de leurs associations à la métaphore des niveaux et des tensions de pensée. Nous y reviendrons.

Voici un cas d'*aphasie amnésique par électro-choc* : courte phase d'aphasie amnésique après chaque crise, lors de chaque réveil.

Femme de 35 ans. Mélancolie améliorée mais psychasthénie persistante, aboulie, perplexité, interrogations perpétuelles, activité appauvrie. Chaque électro-choc donne quelques jours d'état normal, a même donné, une fois, de l'hypomanie avec bavardage incohérent : « Tu les gagneras, les souliers. Avec la tonsure. Je l'aurai la canne. Pauvre Georges, comme il a maigri. Des lilas et des roses. Va balayer ta chambre... »

Après la crise, normale, on attend que le sujet soit assez réveillé pour répondre à un appel discret, à une pression de main, par une fixation franche du regard, une mimique interrogative, un sourire, un mot. On le laisse encore aller à deux ou trois courts repos, mais on n'autorise pas la longue sieste qu'affectionnent beaucoup de malades. On insiste, et on commence l'épreuve dès que l'attention va au devant de l'objet et s'y tient, lorsque la malade écoute et obéit avec soin, plaisir et suggestibilité, lorsqu'elle s'intéresse au jeu.

(1) Résumé de ses idées par lui-même dans son « Analyse de l'aphasie et du langage », *Journal de psychologie*, 1933, p. 430-496,

Dénomination d'objets familiers. — D'abord quelques exemples. Une clef = *ponehette*. Un stylo = un *comprimé*. Un franc = *viberane... élespine*. Un décimètre = une *asperge*. Une tartine (acceptée avec plaisir) = une *serviette*, une *serviette de toilette...* un *pergetin*. Un crayon = *St-Esprit*. Une bougie, une boîte d'allumettes, un réveil, un dé = *cataplasme*. Un trousseau de clefs = *Ja prènes eavanos prodesquami vedis*. Une bougie = *pénéfisgrani... déperens... d'espérance... bésorance... brisanbis... pour se finir... pour s'en servir... eataplèsme... cataplisme... cataplasme*. Une clef = *eloché*. Une cloche = *clef*. Un réveil (au son) = *cataplasme... c'est pour allumer le eataplasme*. Le dessin d'un parapluie = *bouteille... bouteille pour se fortifier... Un je vous remercie... un je vous prie... l'esprit... pour se protéger... pour se protéger contre l'esprit*. Une tête de femme en noir et blanc = un *napperon*. Un texte : comment allez-vous ? Voulez-vous déjeuner ? = *des genstrues, le pranova... allez-vous en... vous imaginez*.

Mise silencieusement en présence de l'objet immobile, le regarde, nous regarde, un peu interrogative, ne dit rien, ne fait rien. Si l'objet porte un texte, une indication numérique, si c'est une question écrite, une montre, la malade lit spontanément les mots, les chiffres, l'heure. Quelquefois elle prend négligemment l'objet et joue machinalement avec lui. On lui demande : « Qu'est-ce que c'est ? » Elle répond toujours. La réponse juste ou le « Je ne sais pas » sont très rares. La dénomination fautive est la règle, à peu d'exceptions. Nous avons vu qu'elle ne répond pas toujours par un nom. Quelquefois, à l'extrême début, on a une courte glosolalie « *ja prènes eavanos prodesquami vedi... pénéfisgrami...* » Quelquefois la dénomination est un verbe ou une définition, d'ailleurs fautive : le parapluie est « *un je vous remercie... je vous prie... une bouteille pour se fortifier... un esprit... pour se protéger contre l'esprit* ».

L'effort pour le mot juste paraît nul. Le mot fantaisiste est émis après une légère hésitation mais paisiblement, avec une simple nuance d'incertitude. Si un effort intervient, c'est pour perfectionner la formule fautive, « *cataplèsme, cataplisme, cataplasme* », ou la définition finale du parapluie, « *pour se protéger contre l'esprit* ». La calme et abondante paraphrasie de la malade n'est pas systématisée, orientée ; la « loi » de l'association par ressemblance y joue si lâchement qu'on peut contester son intervention ; l'analogie phonétique manque, l'analogie fonctionnelle est absente, pas de rôle saisissable d'un intérêt, d'un souci, d'un affect, d'une expérience plus ou moins antérieure, des

présences voisines, des objets qui encadrent l'objet. En langage bergsonien, on pourrait dire : l'objet n'obtient pas de la malade le schème d'un acte déterminé. L'action de l'objet sur le cerveau se diffuse, s'analyse, se dilue sur un nombre considérable de voies ; et l'indétermination ou le flou de l'attitude et de la réaction motrice entraîne ou le silence, ou un défilé de réponses quelconques, sous les lois du hasard. De fait, la malade ne s'intéresse guère (et n'en bénéficie pas) aux gestes de l'observateur maniant l'objet ; elle n'a aucune mimique, aucun geste d'utilisation ou d'imitation de l'objet. Nous obtiendrons enfin qu'elle s'en serve, et s'en serve correctement ; elle ne le nommera pas mieux.

Je n'ai pas observé, sur ce point particulier, la chute du conceptuel, de l'abstrait, du général, à l'intuitif, au concret, à l'individuel, dont parle Goldstein. Mes malades affectionnent le mot général, l'article indéfini, « fleur » au lieu de « marguerite », « fruit » au lieu de « pomme », « bête », et non « oiseau », au lieu de « pigeon ». Elles ne m'ont pourtant jamais dit « chose ». A la façon du dément, de l'enfant, du débile et de l'animal, elles sont beaucoup plus sensibles à la qualité et aux ressemblances, qu'aux objets, aux différences et aux individus. Parfois, sur une gravure fort simple, elles ne semblent pas distinguer les personnages. L'effort conceptuel est faible et instable, mais c'est dans le sens de l'abstraction que le malade reste orienté.

Chez nos déments paraphasiques, notre patience finit souvent par évoquer le mot convenable, et je crois que ce mot doit presque toujours venir. Chez nos choquées, l'insistance n'obtient rien, jusqu'à la fin, ordinairement brusque, de l'aphasie. L'intérêt et l'émotion, dans mes cas, n'ont guère agi : le soudain fracas d'un réveil, la menace d'une épingle ou d'un canif ont pu faire dire par une malade à peine réveillée : « Oh ! que M. N., m'a fait peur » ; mais le mot rebelle n'a pas jailli. Qu'advient-il quand on le « souffle » ? Trois cas : la première syllabe suffit ; il faut tout dire ; la première ou les deux premières syllabes provoquent une erreur inédite. Exemple : une choquée, persistant à appeler son crayon « 3 fois 6.12 » ou « Marie-Louise », je commence le mot juste, « Cr... Cray... », et la malade, encore somnolente, mais toujours dans l'attitude mentale et motrice de l'écriture, toujours attentive au crayon, murmure, et, sur ma prière, répète avec indifférence, « crime ».

Mal nommé, l'objet n'est pas méconnu ; le nom de l'objet non trouvé n'est pas inconnu. Le nom fautif que je propose fait dire « non », le nom exact est accepté, répété et retenu, si l'objet n'est pas retiré. Quand le nom fautif vient d'elle, la malade ne semble

pas voir la faute et ne la corrige pas spontanément (1) ; si la faute vient d'autrui, elle y est très sensible, au moins quand le mauvais nom n'est pas très affirmativement offert, ou le bon très négativement. En l'absence de ces pièges, elle se « précipite », comme dit Goldstein, sur le nom qui convient ; c'est, après les indifférences du mélange, la vive affinité de la synthèse. Une seule malade a accepté franchement le nom fautif : son crayon étant toujours « 3 fois 6.12 », je lui propose « est-ce un sucre d'orge » ? — « oui », et ce « oui » est maintenu. Il s'agit d'une catatonique négativiste, un moment très docile après le choc. Dit par le malade, le nom fautif, né d'un acte spontané du sujet, engage celui-ci, malgré les conventions verbales, et prend un peu le sens du nom exact. Il faut plus d'hystérie pour que la simple perception d'un couple objet-mot tel qu'un crayon et « serviette » force, du dehors, l'assentiment.

L'intoxication par le mot. — N'importe quoi s'appelle n'importe comment, et un seul mot pourra tout dire. Signe *arbitraire* et *mobile* d'un nombre *indéfini* d'objets, un mot peut s'appliquer à tous, et une solide stéréotypie verbale peut résulter de l'indétermination dont nous parlions tout à l'heure. La malade, devant une bougie, des allumettes, un réveil, un dé, dit paisiblement « cataplasme », bien qu'elle écarte ce nom quand je l'offre, bien que je tâche de le faire oublier en faisant répéter d'autres mots. Il a fallu un travail non verbal pour détruire « le champ » dont ce groupe de syllabes était un « pôle ». Stéréotypie à deux « pôles » : on montre une clochette et on obtient « cloche » ; devant une clef on aura « cloche » ; et si on obtient « clef » devant la clef, on aura « clef » devant la cloche ; puis « cloche » ou « clef » devant n'importe quoi jusqu'au brusque évanouissement du champ morbide.

La catalonique citée tout à l'heure (2) m'a donné ceci. Dites-moi bonjour. — *Bonjour Docteur* (à peine perceptible). — Cinq et

(1) Cependant : je présente une montre à une sénile : « C'est un conduire ». « C'est un écrivain ». La porte à l'oreille : « C'est une bougie ». Je présente une bougie ; rectifications spontanées immédiates.

(2) Premier et unique choc jusqu'ici : Crise normale ; puis respiration mal rythmée, superficielle, sans apnée ; pouls normal ; légère cyanose ; résolution musculaire complète, sauf à la face, où persistent quelques grimaces et du frémissement palpébral. Lobéline. Grande crise épileptique 1/2 heure après le choc. Pas de réveil ; même insuffisance respiratoire : myosis ; pas de Babinski. Lobéline. Nouvelle grande crise ; pas de réveil, pas de cyanose. Carbogène. Pas de nouvelle crise. Réveil extrêmement lent. Aphasie amnésique constatée lors de trois courtes séances, 1/2 heure, 1 heure et 1 h, 1/2 après le réveil.

quatre ? — 5 et 4.9. — Trois fois six ? — 3 fois 6.12. — Quel est ce pays (une carte de France) ? — 3 fois 6.12. — Et ceci (un porte-plume) ? — Le prend, le laisse tomber, murmure : « Oh ! pardon ». Comment ça s'appelle ? 3 fois 6.12. — Quelle est cette couleur (rouge) ? — 3 fois 6.12. — Celle-ci (verte) ? — 3 fois 6.12. — Et ceci (porte-plume rouge) ? 3 fois 6 bleu. Retour à 3 fois 6.12. Puis la malade, somnolente, consent à écrire, et écrit 42, 42, 48, 48, 42.

Qu'avez-vous écrit ? — 3 fois 6.12. Un moment, je réussis à obtenir la stéréotypie « Marie-Louise » ; puis la formule numérique reparait. Une demi-heure après, langage normal. En pleine « intoxication » verbale, déclare, sur interrogation : « J'ai mal à la tête, je voudrais un cachet ».

Autre variété de stéréotypie verbale, la stéréotypie retardée, chez cette malade. Devant un paquet de cigarettes, a lu « Gauloises ». Quelques minutes après, après des exercices divers, sans avoir redit « gauloises », elle doit lire un texte. Elle le lit fort bien, mais, aux derniers mots, qui sont « Pierre et sa sœur Françoise », elle lit « Pierre et sa sœur Gauloise ». Je proteste, et elle substitue « Française ».

Dessins. — Un aphasique moteur, devant un dessin facile ou non, s'évertue, s'obstine, ne s'écarte pas, réussit. Notre choquée regarde, s'intéresse, et applique le terme le moins voulu par les ressemblances et contiguités probables. Devant le croquis d'une bouteille, aucun mot approchant. Je propose « bouteille », accepté, répété, retenu. Le croquis d'un parapluie obtient alors « boutcille... une bouteille pour se fortifier... un je vous remercie... un je vous prie... l'esprit... pour se protéger... pour se protéger contre l'esprit ». Un parapluie réel est aussitôt bien nommé ; puis, pour obtenir des erreurs sur les figures, il faut les camoufler. Un visage de femme est alors un « napperon », quand une aphasique motrice ne pouvant dire « femme » dit « mouquère ». Notre catatonique, en fin d'aphasie, nomme fort bien une maison, un chat, un cheval, un balai, un râteau fort sommaires, mais reste muette devant un gigot, un tambour, et aussi devant un bouquet de cerises (en gris), alors qu'elle vient de dire « cerises » devant le dessin en couleurs d'un panier de grosses pommes, dont elle avait correctement lu la légende, « la cueillette des pommes ». Vaguement perplexe et muette devant une figure en couleurs un peu compliquée.

Je n'ai pas proposé de figures incomplètes ou fautives.

Notre psychasthénique fait zéro faute devant les couleurs,

couleurs isolées, couleurs d'objets, de dessins, couleurs à nommer, à désigner, à choisir, à évoquer. Pas d'épreuves d'assortiment. Nous avons vu le « 3 fois 6 bleu » d'une malade rivée à « 3 fois 6.12 » fidèle à « 3 fois 6.12 » devant le vert et le rouge, et qui avait à nommer un porte-plume rouge.

La lecture. — Des malades qui ne peuvent encore nommer aucun objet annoncent déjà correctement l'imprimé ou le manuscrit. Notre psychasthénique peine un moment devant : Comment allez-vous ? Voulez-vous déjeuner ? « déjenstrues... le pranvou... allez-vous en... vous imaginez » ; mais elle réussit très vite la lecture correcte, tandis que les noms des objets exigent d'interminables essais. Encore somnolente, incapable de rien nommer, notre catatonique regarde longuement un paquet de cigarettes et murmure lentement : « Gau-loi-ses ». Nos deux malades se sont comportées à peu près de même devant la même petite gravure en couleurs ; deux enfants, un grand panier de pommes, un gros pommier, de grosses pommes rouges. Silence devant la gravure. « Retournez-la et lisez ce qu'il y a derrière. » Obéissance immédiate. Lecture immédiate de « La Cueillette des Pommes. C'est la saison des pommes... Pierre et sa sœur Françoise... », une des deux malades substituant « gauloise » puis « française ». Retour à la gravure. Une malade y voit « des fruits », l'autre « des cerises » ; elles ne semblent pas pouvoir découvrir les personnages et je ne peux les leur faire désigner. De ces deux choses vues, l'objet et le mot, le mot est bien lu et l'objet mal nommé. L'unité est autrement solide et nécessaire entre les formes écrite et orale du mot qu'entre l'objet et le nom. Le mot oral n'est pas le nom du mot écrit ; on lit celui-ci, on ne le nomme pas. Nous pouvons avoir une « bonne » conscience d'un objet sans penser son nom, mais qu'est-ce qu'une figure verbale graphique sans la conscience de sa forme orale ? A côté de ces deux malades, une démente lit à peu près les dates sur le calendrier, lit à peu près « Almanach » ou « Calendrier », et, après comme avant, ne peut nommer cet objet.

Devant la montre, mes deux malades ont opposé leurs comportements : la psychasthénique, dès le début de la séance, lit spontanément et presque très bien l'heure (10 heures 5 pour 10 heures 7), et nomme l'objet n'importe comment ; la catatonique, aussitôt que l'objet lui est présenté, dit spontanément « montre » et, instamment priée de lire l'heure, dit « 3 heures » pour 1 heure 15. Cette malade est une exception. On peut lire l'heure, lire « montre », écouter la montre, la remonter, et cependant l'appeler « conduire », « écrivain », « paroissien »...

Le nom et l'usage de l'objet. — 1° Il y a chez nos malades aphasie et paraphasie, il n'y a pas apraxie et parapraxie. 2° Le maniement correct de l'objet ne fait pas trouver son nom, et réciproquement. 3° Faute du nom, le malade ne trouve pas la définition par l'usage, la périphrase, le verbe. Notre deuxième malade ne peut pas nommer le crayon mais elle écrit ; elle écrit 42, 48 ; et elle lit « 3 fois 6.12 ». On présente à la première une bougie ; silence. La prend mollement. La lâche, allumée. On recommence : série de syllabes « pénifisgrami... abreudès roquavidis ». Troisième présentation : « dépérons... d'espérance... bésorance ». On allume : « un brisambis ». Tient l'objet très près de la mèche. Laisse couler la cire. Une goutte tombe sur sa main ; lâche négligemment l'objet et se gratte lentement (1). Nouvelle présentation de la bougie allumée : « Misabis ». On questionne sur l'usage : « pour se bernis... pour se finir... pour s'en servir ». Tient mal l'objet, met l'index dans la flamme, l'y laisse (2), mais approche vivement les lèvres et souffle adroitement. On présente une boîte d'allumettes : ne dit ni le nom ni l'usage ; écarte les noms fautifs ; manie de façon quelconque, n'ouvre pas. Bougie + boîte + ordre d'allumer. Obéissance immédiate. Les deux objets en main, opère seule, sans arrêts, sans hésitations, sans oublis, sans interventions, sans grande lenteur, sans graves accrocs, sans attention vive, sans effort. Trois fautes : la boîte est tenue verticalement et se vide ; l'allumette est approchée trop tôt de la mèche ; l'index et le pouce restent dangereusement près de la flamme. Sur le nom et l'usage « c'est un cataplème... un cataplysme... un cataplasme »... La reconnaissance pratique de l'objet et une bonne « mélodie kinétique » (3) n'ont pu évoquer le nom, la définition ou la périphrase. Bien que correctement déterminés, l'attitude motrice, l'acte, « le schème moteur » n'ont pas été le cadre dans lequel entreraient seuls les mots convenables, « l'appel » qu'ils seraient seuls à entendre. Si, devant un texte, savoir se servir de l'objet et lire ne font qu'un, nommer, définir ou périphraser une bougie est autre chose que l'allumer ou la souffler. L'usage de l'objet, suivant qu'il est automatique ou volontaire, attentif ou distrait, bon ou mauvais, facile ou laborieux, peut avoir des relations très diverses avec l'acte de dénomination. Peut-être même, parfois, un des actes peut-il empêcher l'autre. Dans nos cas, l'usage de l'objet, à la fois automatique, distrait, facile et imparfait, n'a permis que le silence ou une appellation fausse et stéréotypée.

(1) Hypoesthésie momentanée probable.

(2) *Id.*

(3) Avec de sérieuses fautes de mesure, avec des hésitations de l'automatisme, comparables aux tâtonnements de l'intelligence en difficulté.

Enfin, nous rencontrons ici une exception, parmi tant d'autres, à ce qu'on appelle « la loi de Ribot ». Déjà bien vieille avant Ribot, elle affirme que l'amnésique perd d'abord *les noms*. Il conserverait longtemps *les verbes* et le reste, et pourrait encore, faute du nom, dire l'usage, l'acte ; le crayon « c'est pour écrire » (1). Lordat, cinquante ans avant Ribot, contestait déjà cette « loi ». Le style télégraphique ou nègre de beaucoup de malades implique bien autre chose qu'un déficit de substantifs. On a cité la perte des seuls verbes (2). Le malade, dans bien des cas, paraît avoir tous ses substantifs et tous ses verbes, mais se servir à tort et à travers des uns et des autres. Sourd-verbal, il saisit et comprend d'abord et surtout les noms ; paraphasique, ce sont des noms, parfois abondants, qu'il applique aux objets. Dans mes cas, enfin, le substantif rebelle n'est jamais remplacé par la périphrase convenable. Ce qu'a pu faire de mieux notre malade, devant le parapluie, c'est de perfectionner une définition toute paraphasique : « Une bouteille pour se fortifier... pour se protéger... pour se protéger contre l'esprit ». Un verre, dit une démente voisine « c'est un coussin pour boire », une clef, « c'est pour allumer quand on rentre ».

Identification au son. — Un réveil sonne. Sursaute. Très intéressée. Veut voir. Ne dit rien. Sonnerie : série de syllabes. Sonnerie et questions : C'est une cloche ? Un sifflet ? « Non ». On présente l'objet : « C'est un couteau ». On fredonne *Au Clair de la Lune*. N'en trouve pas les premiers mots, le titre. On le chante, peut le chanter mais reste incapable de l'enonéé, clos et non chanté : « Au Clair de la Lune ». Il faut le lui apprendre. On chante *La Marseillaise* ; paraît suivre, ne trouve pas le titre ; « c'est *Au Clair de la Lune* ». Autre épreuve du réveil. Vif intérêt. Glossolalie. On travaille sur quelques objets. Sonnerie : « Un cataplasme ». On demande l'usage ; on l'explique. Sonnerie : « C'est pour allumer le cataplasme ». On obtient « montre ». Pour avoir « réveil », il faut le dire jusqu'au dernier phonème.

Récitation. — On sait « par cœur » des textes, on sait encore plus par cœur les noms des objets familiers. En aphasie amnésique on ne sait pas retrouver ces noms, et l'on peut toujours réciter ces textes. A ce point de vue, notre malade au mutisme cata-

(1) Le balance « c'est pour vendre ». Par contre, le Réveil peut être « un cerivain », ce qui est de l'obstination dans l'emploi du substantif.

(2) Cas de Heilbronner, cité par PITRES, d'après une analyse de Keraval, dans les *Archives de neurologie*, XXVI, 1893, p. 133. « Le malade a gardé les noms, perdu les verbes correspondants, gardé les auxiliaires, les adjectifs, les prépositions... »

tonique a passé par cinq phases : 1° Avant le choc, mutisme absolu ; 2° Au début du réveil, avant d'être accessible à un ordre ou à une question, a spontanément murmuré deux *Notre Père* et *Je vous salue*, textes, nous l'avons su, qu'elle avait négligés depuis longtemps. 3° Une demi-heure plus tard, docile et paraphasique, reste silencieuse devant la demande du *Pater* ou de l'*Ave*, ou des jours de la semaine ; paraît en présence d'une volition nécessaire et impossible. 4° Une heure après, quasi-normale, récite volontiers tout ce qu'on veut. 5° Le lendemain, lent retour au mutisme. D'abord, par un mot, puis réponses peu à peu consenties dans l'ordre suivant : dénomination d'objets, énumération des jours et mois sans que j'aie à commencer les séries, rédaction d'une lettre normale à sa famille, lecture de cette lettre, réponse (très retardée) à des questions simples et opportunes. Cette sorte de courbe des résultats a été accidentée par deux réflexions spontanées normales.

Il faudrait encore examiner bien des choses. Mais l'aphasie du réveil, fugitive — quand elle se laisse surprendre — capricieuse comme toutes les aphasies, bouscule l'observation, oblige à des sacrifices, ne laisse pas chercher les restes de sommeil, d'hypoesthésie, de dysrèflexie même, un peu d'aphasie motrice, de surdité verbale, de cécité psychique, une difficulté à dégager les formes, à les articuler dans l'espace et le temps, une élévation de tous les seuils intellectuels, l'impossibilité de l'effort, les effets de l'émotion et du désir (1). En une minute, un quart d'heure, tout est fini et l'on n'a pu noter que fort peu de symptômes chez le même malade.

Mis en présence d'un objet, le malade qui se réveille devrait résoudre instantanément une foule de problèmes : isoler l'objet dans le champ, percevoir sa forme, sa distance, ses dimensions, ses rapports, voir ses qualités visuelles et même les autres, ses significations, ses virtualités, son intérieur, sentir en soi les impulsions motrices convenables, l'esquisse de tout un discours... Avant la crise et quelques minutes après, cela se fait tout seul et d'un coup, par un acte spirituel spontané, immédiat et simple comme on imagine que serait la prise d'un cristal. Pendant le réveil, cet acte est lent, ses composantes virtuelles s'actualisent et se séparent, ses phases s'étagent. Incapable de l'effort qui refe-

(1) Au réveil, les tendances somnolent ; et peu de questions peuvent éveiller une affectivité constructive. Une vieille paraphasique très gourmande, affamée, très éveillée, n'a pas nommé les objets qui l'intéressaient le plus, qui lui étaient offerts à condition qu'elle les nomme, et auxquels allaient toutes ses tendances du moment.

rait la simplicité de l'acte, incapable de monter le schème spirituel selon lequel s'ordonneraient ses savoirs et ses images, le malade les laisse s'organiser tout seuls. Il ne faut peut-être pas dire qu'il tombe des catégories et des concepts aux images. Les concepts ne sont souvent que des mots « qui pensent pour nous », des images comme les autres, et des images que le malade emploie de préférence aux autres. Il ne s'élève plus à la pensée ou à l'intuition simple capable de se développer en un système de concepts et d'images ; s'il tombe, c'est aux associations mécaniques et au jeu automatique de ces images et de ces concepts.

Pendant cette période de « basse tension » se produit et peut s'isoler le curieux fait de la paraphrasie amnésique. Le sujet est déjà presque parfaitement dégagé des hypoesthésies, des dysgnosies, de l'apraxie, de l'aphasie motrice ou sensorielle ; il perçoit ; lit, comprend passablement ; il peut résoudre quelques problèmes de la perception, de la compréhension auditive et visuelle, de l'expression orale ou écrite, de l'action et de la pensée ; et il présente la grosse anomalie que nous avons rappelée : incapacité de nommer les objets ; emploi de noms ou de verbes inadéquats évoqués sous les lois du hasard ; connaissance et reconnaissance normales du nom de l'objet quand ce nom est rencontré. Seul devant l'objet à nommer, le malade laisse se faire une association quelconque au lieu de la synthèse normale, synthèse qu'il opère si on la lui propose, et vers laquelle on voit qu'il tend si on la lui refuse, si un mot inexact lui est présenté du dehors.

Pour dire « pomme » devant une pomme, on ne dispose pas d'un appareil particulier, pas même d'un réflexe composé spécial ; on a une habitude, subordonnée à des réflexes, subordonnée à de la pensée. Elle est extrêmement solide. Elle peut jouer toute seule, elle peut survivre à bien des ruines mentales, elle peut faire figure d'automatisme très élémentaire, vidé de volition, d'intelligence et de conscience.

Dans le réveil post-épileptique, il arrive, et il arrive sans agnosie, sans apraxie, sans aphasie motrice ou sensorielle, que cette liaison se rompe isolément, non pour faire place au silence et à l'impuissance consciente, mais à des liaisons verbales nouvelles, temporaires, variables, capricieuses, parfois entêtées, toujours fausses, comme si le mot adéquat était inhibé. L'habitude générale (un objet, un nom) reste agissante, l'habitude particulière (cet objet, son nom) est momentanément détruite. L'habitude de nommer persiste, l'habitude du nom habituel est suspendue. C'est le premier mot venu qui sort ; et le mot exact, « propre »,

qu'il faut, le mot dont l'habitude, l'automatisme, les réflexes et tous les efforts intellectuels faisaient précisément le premier à venir, n'a pas plus de chances qu'un autre d'être choisi.

La paraphasie (glossolalie, jargonaphasie, néologisme, mots « de la tribu » détournés de leur sens et appliqués au hasard) serait, comme le lapsus et le calembour, le fait d'un sujet échappé au contrôle de ses habitudes normales. La stéréotypie verbale serait, avant la reconstitution du normal, un essai d'habitudes nouvelles par un organisme en train de se réadapter.

Pourquoi ces anomalies ? Pourquoi à ce moment, à ce stade, dans ces conditions et dans ce relatif isolement ?

Qu'une incroyable variété d'êtres s'appellent tous et précisément « animal », « bête », « chien », « braque » ou « Dick » (1), cela n'intéresse qu'une intelligence liée à l'action. Un esprit moins rivé à l'action mécanique et sociale aurait moins besoin de noms communs et de concepts ; il userait d'un langage infiniment plus différencié, plus souple, plus varié, plus changeant. Le dormeur, le rêveur, le demi-éveillé, dans la mesure où il est inconscient de multiples besoins, est libéré de la sujétion du nom commun et du nom propre. Au réveil de sa crise, le choqué, ou l'intoxiqué, ne retrouve que peu à peu ses intérêts intellectuels pratiques. Peut-être aussi, dans ses centres, les frayages, aiguillages, synapses et chronaxies ne refont-ils leur ordre que peu à peu, les réactions normales aux objets n'y réapparaîtraient que graduellement, l'organe de « l'attention à la vie » ne se remettrait que par paliers à son rôle d'organisateur des réactions et de sélecteur des images. Or, dans cette hiérarchie et cet ordre de réapparition des besoins et des habitudes du corps et de l'entendement, la reconnaissance des qualités, des objets, et l'action sur les objets importent plus et plus tôt que les noms des choses ; et, parmi les techniques verbales, le rassemblement des noms précède leur répartition. Il n'y aurait donc pas à s'étonner si le dormeur qui s'éveille, et qui perçoit déjà correctement les choses, qui en a retrouvé l'usage et le maniement, et qui sait parler et comprendre, ne sait pas encore nommer à notre mode, et préfère nommer capricieusement. Le fait ainsi « compris », il resterait à « l'expliquer », à éprouver l'actuelle tendance philosophique à laquelle nous avons rattaché sa description.

(1) Après une crise, en pleine paraphasie, on désigne d'un geste M. X. à la malade. Celle-ci l'identifie instantanément dans le groupe des blouses blanches, mais l'appelle M. Y. Je ne l'ai pas vue appliquer à une personne un nom de chose ; nous l'avons vue faire l'inverse.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

THERAPEUTIQUE

L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction, par Paul DELMAS-MARSALET (1 vol. in-8°, 150 pages, J.-B. Baillière et fils, édit., Paris 1943).

L'auteur, qui a apporté à la méthode de Cerletti et Bini, l'appoint d'une intéressante interprétation pathogénique, le concours d'un appareillage entièrement nouveau puisque basé sur la substitution du courant continu au courant alternatif, et une étude personnelle de la conduite des cures par électro-choc et de leurs résultats, a condensé dans cette utile monographie tout ce qu'il faut actuellement savoir pour pratiquer avec succès cette nouvelle méthode thérapeutique.

Après avoir rappelé les notions antérieures sur l'action des crises d'épilepsie provoquées dans un but thérapeutique, et sur l'excitation cérébrale, il expose les travaux de Cerletti, décrit successivement les crises épileptiques vraies (crise typique ou idéale, super-crise, infra-crise ou absence épileptique) et fausses, la phase de post-électro-choc, les incidents et accidents possibles et, après avoir donné un schéma des phénomènes observés, indiqué les lésions histologiques expérimentalement observées par Cerletti et Bini, il compare brièvement les effets de l'électro-choc à ceux du cardiazol et de l'insuline.

Dans un chapitre consacré à la physique de l'électro-choc, et dans lequel sont passés en revue les principaux appareils employés depuis celui construit en 1938 sur les indications de Cerletti et Bini, le professeur Paul Delmas-Marsalet donne les raisons pour lesquelles l'appareil qu'il a imaginé avec M. Bramerie utilise le courant continu, dans un but de simplification de la méthode en fournissant, sans calcul, une détermination du temps utile de passage du courant. Un memento résume les différentes précautions à prendre, les manœuvres successives pour une application pratique, correcte du traitement. Toute cette « technique personnelle de l'électro-choc » a été uniquement inspirée par le souci de simplifier à l'extrême une méthode qui

mérite d'être largement diffusée, de la dépouiller de tout mystère apparent, et de doter les psychiatres d'un appareillage transportable et précis ».

Au point de vue clinique s'imposent également des règles méthodiques (choix du malade, âge, état physiologique, heures, nombre et rythme des applications, choix du type de crises, effet désiré, cure combinée ou non, etc.). Le rappel des résultats thérapeutiques obtenus par divers auteurs dans des états psychopathiques variés est suivi de l'exposé de 76 observations personnelles de l'auteur. En un schéma général, il classe comme suit les résultats à attendre de l'électro-choque : 1° résultats bons et réguliers : psychoses de choc pures, accès mélancoliques, premiers accès maniaques, confusions mentales ; 2° résultats irréguliers ou moins complets : accès maniaques de la psychose maniaque-mélancolique, délire hallucinatoire chronique, épisode schizomaniac, schizophrénie ; 3° résultats habituellement nuls ou minimes : démence précoce type Morel, démence paranoïde, délires chroniques non hallucinatoires ; 4° résultats nuls : constitutions psychopathiques, démences. En ajoutant cependant que d'intéressantes améliorations dissociées peuvent être également observées.

Un intéressant chapitre sur le mécanisme de la crise épileptique sert d'introduction à l'exposé de la théorie de la dissolution-reconstruction, théorie par laquelle M. Paul Delmas-Marsalet, s'appuyant tant sur des faits expérimentaux et cliniques que sur les résultats thérapeutiques obtenus, explique l'action des diverses méthodes de thérapeutique par le coma. Cette théorie, bien connue des lecteurs des *Annales*, auxquels elle a été présentée à diverses reprises, a son point de départ dans les principes énoncés par Jackson. L'auteur étudie successivement la dissolution-reconstruction dans le sommeil normal, les dissolutions-reconstructions expérimentales, thérapeutiques, et leurs modalités, les sources biologiques de la reconstruction, et résume les conclusions relatives à la dissolution-reconstruction en pathologie mentale. Rappelant le rôle du sommeil en pathologie mentale, il émet l'hypothèse du rôle, de la dissolution-reconstruction psychique représentée par le sommeil d'une nuit, dans la genèse de certains états mentaux, de même que dans leur guérison. En terminant, il indique les raisons pour lesquelles la dissolution-reconstruction peut constituer une méthode nouvelle d'investigation neurologique des troubles fonctionnels et conclut que cette théorie ouvre de fructueuses perspectives pour l'exploration de domaines obscurs de la neuro-psychiatrie.

Le grand intérêt de ce livre dépasse, on le voit, la pratique, clairement et méthodiquement exposée, de l'électro-choque thérapeutique.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Questions fondamentales pour une classification fonctionnelle des systèmes nerveux. Elaboration d'un système et d'une critique biologique jusqu'ici schématique, par LÉON ASHER (de Berne). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, tome XLIX, fascicule 1/2).

L'auteur envisage une classification non seulement d'ordre physiologique, mais aussi d'ordre clinique, et considère un point de vue strictement fonctionnel basé sur l'anatomie et la pharmacologie, un point de vue dans lequel la fonction nerveuse peut se manifester dans un domaine de plus ou moins grande amplitude. Les deux grandes réalités fondamentales de la vie de l'individu étant le monde extérieur et sa vie personnelle propre, l'auteur conçoit un système nerveux « ambiant et spécifique ». Partant de ce point de vue, il développe cette conception qu'il n'est pas possible de résumer en quelques lignes.

O. FOREL.

L'état actuel des études expérimentales sur les relations entre le mésencéphale-diencephale et la motricité, par C. BARTORELLI (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVIII, fascicule 2, 1941).

L'auteur se propose de montrer où en sont les recherches expérimentales ayant trait aux fonctions motrices extra-pyramidales des régions du mésencéphale et diencephale. Il met surtout en évidence les méthodes par excitation, mais non sans en comparer les résultats avec ceux en relation avec ceux des méthodes par ablation. L'article est divisé en trois parties, l'une ayant pour objet le mésencéphale et l'autre le diencephale, et la troisième exposant la technique et les résultats obtenus sur des animaux jouissant d'une entière liberté de mouvements. Par des excitations bien localisées, il obtient une série de mouvements adaptés, rythmés, comme par exemple ceux de la marche en avant. La nuance de ces expériences ne permet guère de résumer dans une brève analyse toutes leurs richesses, et c'est en lisant l'article que ceux qui s'intéressent spécialement à ces questions d'actualité neurologique pourront se rendre compte de tout l'intérêt de cette expérimentation.

O. FOREL.

L'anévrysme cérébral, par HUGO KRAYENBUHL (de Zurich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Volume XLVII, fascicule 1/2, 1941).

Alors que tous les auteurs étaient unanimes à déclarer que le diagnostic des anévrysmes cérébraux était très difficile à établir, C.-P. Symonds —

après avoir visité la clinique de Cushing à Boston, en 1920 — a démontré que le diagnostic clinique, au lit du malade, était parfaitement possible. Depuis lors, de nombreuses publications ont fait connaître les expériences faites. M. Krayenbuhl cite 32 observations et fait ressortir en particulier les possibilités thérapeutiques. Il s'efforce de prouver que, grâce aux progrès de la chirurgie du système nerveux central et du système artériel — chirurgie qui n'est plus seulement conservatrice mais active — celle-ci peut être adaptée à chaque cas individuel. Il fait un intéressant exposé de deux méthodes curatives : la ligature de la carotide et la méthode opératoire directe (exploration intracrânienne). Il ressort de nombreux faits observés au cours des dernières années que le rôle de la neuro-chirurgie dans les cas d'anévrismes sacciformes devient de plus en plus important. Les méthodes neuro-chirurgicales ont seules permis de poser un diagnostic sûr et, par extension, d'instituer une thérapeutique appropriée. Quoiqu'on ne soit pas encore très exactement renseigné sur les différents facteurs de la circulation sanguine cérébrale, les principales lignes du diagnostic et de la thérapeutique des anévrismes, hémorragiques ou non, sont maintenant tracées. Leur traitement chirurgical prend sa place à côté de celui des tumeurs cérébrales.

O. FOREL.

Deux cas d'encéphalite hémorragique primitive avec localisation particulière (Two cases of Primary Hemorrhagic Encephalitis with a Peculiar Localization), par G. MARTINOFF et K. KÖRGE. (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. XV, fasc. 1-2, p. 103-108, Copenhague, 1940).

Contribution à l'étude des encéphalites hémorragiques primitives décrites par Baker en 1934. Dans les deux observations de MM. Martinoff et Kørge, on retrouve les altérations vasculaires avec infiltration de petites cellules et hémorragies, mais localisation presque exclusive aux parois du 4^e ventricule. Dans le reste de l'encéphale, on n'observe que des lésions discrètes et une dilatation vasculaire généralisée.

P. CARRETTE.

Kyste colloïde [paraphysaire] du 3^{me} ventricule avec rupture dans le noyau caudé et la capsule interne (Colloid [Paraphysial] Cyst of Third Ventricle with Rupture into Caudate Nucleus and Internal Capsule), par Chas. P. LARSON (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. XCI, n° 5, p. 557-565, mai 1940).

La tumeur décrite sous le nom de kyste paraphysaire rappelle son origine embryonnaire. La paraphyse existe chez l'embryon et peut se développer après la naissance, produisant un kyste qui s'insinue dans le toit du 3^e ventricule jusqu'au trou de Monroë. L'apparition brutale des symptômes : paralysies, convulsions, amnésie, leur polymorphisme, leur intermittence sont assez caractéristiques pour permettre un diagnostic clinique. On cite des cas où l'intervention chirurgicale a été couronnée de succès. L'observation présente montre une rupture du kyste dans le tissu cérébral.

P. CARRETTE.

Les formes frustes de l'épilepsie cardiaque, par Ed. DOUMER (de Lille).
Revue médicale française, avril 1942.

L'apparition de manifestations épileptiques typiques chez des sujets porteurs d'une cardiopathie alors que le malade a dépassé depuis longtemps l'âge auquel apparaissent habituellement les manifestations de l'épilepsie dite essentielle et que ce malade n'est porteur d'aucune autre tare pouvant les expliquer est à la fois bien connue et exceptionnelle. Mais, affirme M. Ed. Doumer, chez les cardiopathes, bien des manifestations paroxystiques couramment prises pour des syncopes sont, en réalité, des crises épileptiques larvées ou des équivalents épileptiques, des absences.

Le déclenchement des manifestations épileptiques n'exige pas des troubles circulatoires d'une extrême importance réalisant une ischémie cérébrale prolongée. Chez les cardiaques, des variations relativement légères du régime circulatoire déficient auquel se sont habitués les centres nerveux peuvent être une excitation suffisante. Le rôle déterminant de la cardiopathie n'est souvent pas discutable. Mais l'épilepsie n'est alors cardiaque qu'en partie, si le trouble circulatoire est épileptogène même sur terrain non sensible, quand les crises se développent dans le cas de pouls lent permanent sous l'influence d'ischémie corticale prolongée, du fait de longues pauses ventriculaires. La cardiopathie n'est épileptogène que sur terrain sensible quand les crises surviennent au cours d'une cardiopathie banale, terrain d'hypersensibilité, d'hyperexcitabilité, sans qu'il soit besoin d'invoquer pour cela l'existence concomitante d'une tare organique épileptogène telle que la syphilis, l'aleoolisme ou un traumatisme crânien.

René CHARPENTIER.

Crises jacksoniennes d'origine réflexe (Jaksonian Seizures of Reflex Origin), par Hans STRAUSS (*Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XLIV, n° 1, p. 140-152, juillet 1940).

Cas très démonstratif de crises jacksoniennes provoquées par stimulation périphérique du même côté du corps : eutanée, oculaire, auriculaire, et diminuées par application de cocaïne au niveau du sac conjonctival de l'œil droit, aussi bien après stimulation que spontanément.

P. CARRETTE.

Epilepsie réflexe après stellectomie, par BROUSTEL et J. FAURE (*Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance de mai 1942).

Observation d'un malade qui, un an après une stellectomie gauche pour algies du moignon du bras gauche présenta des crises consistant en état vertigineux, entraînement du corps vers la gauche, troubles végétatifs, en même temps que secousses cloniques du moignon. Après la crise, des troubles végétatifs résiduels avec Claude Bernard-Horner gauche et des troubles moteurs (parésie faciale gauche, gêne de la langue, bégaiement) persistèrent pendant quelques jours.

MM. Broustet et J. Faure font remarquer que la stellectomie a pu créer les conditions de l'état épileptique car l'anesthésie du ganglion étoilé crée des ondes lentes permanentes sur le tracé électro-encéphalographique, ondes

lentes qui sont la marque de l'épilepsie. Le caractère rotatoire de la crise s'explique par les relations entre les noyaux vestibulaires et les noyaux végétatifs bulbo-protubérantiels.

R. C.

Epilepsie tardive après lésion cérébrale causée par une balle, par Andreas STAEBELIN (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. XLVII, fascicule 1/2, 1941).

La possibilité de l'apparition d'épilepsie à la suite d'une lésion cérébrale n'est plus guère mise en doute et il ressort des recherches faites au cours de la dernière guerre que la plupart des individus ayant souffert de lésions cérébrales ont présenté plus tard des crises épileptiques. On admet également qu'il peut s'écouler de nombreuses années entre la date de la blessure et l'apparition de la première crise. La symptomatologie est cependant très variée et il importe de localiser exactement la lésion. Le cas cité est celui d'une femme qui, à l'âge de 8 ans, avait été atteinte par une balle de carabine Flohert. Au bout de deux mois environ, la guérison était totale. Quatorze ans plus tard, la jeune fille se plaignit de céphalées et de malaises divers. Trois jours après : fièvre avec pharyngite. Le lendemain, crise épileptique d'une durée de 1 minute 1/2 avec perte de connaissance. Transfert à l'hôpital avec le diagnostic d'épilepsie jacksonienne. Pendant les heures qui suivirent, fréquentes crises avec cyanose prononcée, puis coma. La mort, due à un œdème du poumon, survint dix heures après l'admission à l'hôpital, deux jours seulement après que les premiers symptômes neurologiques aient été constatés. Il est intéressant de noter que les crises épileptiques se sont produites du côté où la lésion cérébrale avait eu lieu et on peut sans doute mettre sur le compte de petits éclats de plomb l'apparition des symptômes infectieux.

O. FOREL.

Néphrite aiguë, première manifestation d'une méningococcie, par J.-J. DUBARRY, VERGER et MOULIES. (*Gazette médicale de France*, T. XLVIII, n° 22, p. 673-674, novembre 1941).

Méningite cérébro-spinale chez un enfant de 7 ans, ayant débuté par une néphrite aiguë hydropigène. Guérison après sulfamidothérapie *per os*, intramusculaire et intra-rachidienne.

P. CARRETTE.

Paralysie aiguë ascendante [maladie de Landry]. Etude clinico-pathologique (Acute Ascending Paralysis [Landry's Paralysis]. A clinicopathologic Study), par Melvin W. THORNER, Bernard J. ALPERS et Joseph C. YASKIN. (*Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XLIV, n° 1, p. 17-42, juillet 1940).

Les auteurs écartent le terme de « maladie de Landry », qui n'est pas descriptif et ne précise pas les lésions essentielles. Les cas de paralysie aiguë ascendante symétrique présentés ont une étiologie imprécise. La corne antérieure de la moelle est très altérée. Sur neuf cas, on note cinq morts. La lésion initiale porte sur le neurone moteur le plus bas, peut-

être même sur la jonction myoneurale. La comparaison des symptômes avec ceux des paralysies expérimentales et toxiques tend à vérifier cette hypothèse.

P. CARRETTE.

Tumeurs de la portion cervicale de la moelle épinière (Tumors of the Cervical Portion of the Spinal Cord), par Winchell Me K. CRAIG et Hunter SHELDEN. (*Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XLIII, n° 1, p. 1-16, juillet 1940).

La douleur du cou, des épaules, la faiblesse progressive des membres constituent le syndrome sensitif insidieux du début dans les tumeurs de la moelle cervicale : méningiomes, neurofibromes, chordomes, tuberculomes et granulomes. L'épuisement des bras précède celui des jambes. L'anesthésie est variable et souvent dissociée. Les troubles sphinctériens parfois précoces, mais sans valeur diagnostique. Les auteurs présentent 92 cas, et donnent cinq observations d'hémilaminectomie curative avec guérison rapide et sans séquelles. Ces observations montrent l'intérêt des roentgenogrammes. A côté de quatre tumeurs extradurales, signalons une tumeur intramédullaire, un épédyne central, encapsulé.

P. CARRETTE.

Myélite dissociée apparue à la suite d'un zona, par A. POIRIER et A. GRIMBELLE (*Gazette médicale de France*, T. XLVIII, n° 22, p. 691-692, novembre 1941).

Paralysie ascendante aiguë de Landry à la suite d'un zona dorsal. Document à ajouter au dossier des myélites par virus neurotrope. L'extension anatomique du processus zonateux n'est pas rare mais, d'après Lhermitte, elle est généralement discrète ou même cliniquement muette.

P. CARRETTE.

Neuromyéloses béribériques (Beriberic Nenromyeloses), par A. AUSTREGESILÒ (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. XCI, n° 5, p. 579-589, mai 1940).

Les avitaminoses ont un neurotropisme actif. Les atteintes nerveuses sont diffuses et c'est surtout la moelle qui est lésée dans le béribéri. M. Austregesilo évite d'employer le terme de polynévrite, qui ne répond pas à la réalité. Cliniquement, il s'agit de syndromes médullaires postérieurs tabétiques ; anatomiquement, les lésions ne sont pas inflammatoires mais dégénératives.

P. CARRETTE.

Hémiatrophie faciale progressive : observation d'un cas avec états syncopaux et androgynomorphisme (Progressive Facial Hemiatrophy : Report of a Case with Attacks of Syncope and Gynandromorphism), par M. O. WOLFE et M. L. WEBER (*The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. XCI, n° 5, p. 595-607, mai 1940).

L'atrophie faciale gauche débute à 21 ans après l'apparition d'un phénomène d'allure peladique. A 39 ans, toutes les parties constitutives de la

face et du crâne ont participé à cette atrophie tandis que se développait un androgynomorphisme net : distribution de la graisse, augmentation de volume des seins, ligne des poils sus-pubienne. Cette association unique paraît conditionnée par un état dystrophique du système neuro-végétatif avec participation des relais sympathiques centrés au ganglion de Gasser. Le malade a présenté des accès syncopaux dès le début de son affection, phénomène fréquent dans les états atrophiques de la face, associés à des troubles vaso-moteurs.

P. CARRETTE.

Chorée et rhumatisme, par D. PAULIAN, SAVA LAZARESCU et M. CHILIMAN (*Archives de neurologie*, n° 3-4, p. 112-118, Bucarest, 1941).

C'est un fait clinique d'observation courante : des accidents choréiques sont signalés dans les antécédents d'adolescents atteints de rhumatisme articulaire aigu grave avec endocardite. Les auteurs du présent mémoire déclarent n'avoir que très rarement rencontré une telle conjonction. La thérapeutique place la chorée et le rhumatisme dans des cadres différents. La chorée, maladie infectieuse primitive à virus neurotrope, s'attaque surtout aux noyaux de la base et s'apparenterait plutôt à l'encéphalite et à la polio-myélite.

P. CARRETTE.

Radiodiagnostic de la sciatique après remplissage lipiodolé du cul-de-sac lombo-sacré et des gâines des racines (radiculographie lombo-sacrée), par Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et H. WELTI (*La Presse médicale*, 8 août 1942).

Le plus sûr moyen de savoir si une sciatique est ou non le fait d'une hernie du dernier ou de l'avant-dernier disque est de remplir avec du lipiodol fluide le cul-de-sac arachnoïdien lombo-sacré jusque et y compris le disque L₄ L₅. Si un disque fait hernie dans le canal rachidien, celle-ci ne peut manquer d'apparaître sous forme d'une encoche claire dans la masse opaque du lipiodol. C'est sur la radiographie de trois quarts que l'encoche produite par la hernie du disque apparaît le mieux. En pénétrant dans les gâines des racines à l'exception de l'une d'elles, le lipiodol indique d'une part quelle est la racine responsable de la sciatique et, d'autre part, en quel point du parcours de la racine s'effectue la compression. Sur 50 cas de sciatique, cette méthode a mis dans 24 cas en évidence une hernie d'un disque : 18 malades ont été opérés et le diagnostic s'est trouvé confirmé dans chacun de ces 18 cas. Dans 12 cas opérés malgré l'absence d'encoche du sac dural, il n'a pas été découvert de hernie intra-rachidienne du disque. L'espace sous-arachnoïdien ne s'arrête pas au niveau du nerf radulaire en formant un cul-de-sac et il est probable que, sur toute leur longueur, les nerfs périphériques sont baignés par le liquide céphalo-rachidien.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Le rôle des mouvements dans le mécanisme de la pensée, par H. ROGER
(*La Presse médicale*, 1^{er} août 1942).

La psycho-physiologie moderne nous enseigne que la pensée a pour armature un réflexe cérébral. La pensée peut-elle véritablement se ramener, au moins dans ses éléments essentiels, à un réflexe ? La plupart des psychologues le nient, affirmant que la pensée évolue simplement dans le temps et ne peut se situer dans l'espace, se différenciant ainsi de toutes les autres manifestations cosmiques.

Si, comme l'enseignait la vieille école stoïcienne et comme tend à le démontrer la science moderne, la pensée a son point de départ primitif dans une excitation sensitivo-sensorielle, elle a un début temporo-spatial. Car toute excitation sensitivo-sensorielle est, en réalité, une excitation sensori-motrice. Le réflexe psychique est souvent engendré par une sensation interne. La pensée peut aussi naître d'une image, d'un souvenir ou d'une idée : un examen attentif et une analyse minutieuse permettent d'en retrouver l'origine réelle, si lointaine qu'elle semble faire défaut. De leur point de départ, les excitations cheminent sur des nerfs pour arriver aux centres, où s'accomplit le travail fondamental.

Des faits, de plus en plus nombreux et précis, tendent à démontrer que la pensée est élaborée dans le cerveau et se ramène essentiellement à un acte réflexe qui se passe dans les nombreuses fibres d'association assurant le fonctionnement synergique des diverses parties du cerveau. L'élément moteur terminal, évident quand la pensée est extériorisée, peut être inapparent, inhibé. On peut dire, dans ce dernier cas, avec Bain : « Penser, c'est se retenir de parler ou d'agir. » L'aboutissant moteur du réflexe psychique est plus ou moins apparent selon la nature de la pensée ou la sensibilité du sujet.

Et si l'idée provoque une tendance au mouvement, réciproquement certains mouvements sont capables de susciter l'apparition d'une idée.

Les expériences d'Edmund Jacobson ont permis d'enregistrer par l'étude de modifications électriques, l'élément moteur auquel la pensée aboutit. Elles ont démontré la réalité des réflexes psychiques. Mais, ajoute en terminant le Doyen H. Roger : « De ce résultat, il ne faut pas conclure que le travail intellectuel puisse se ramener tout entier à une série de réflexes. Les phénomènes sont beaucoup moins simples. Le réflexe est le squelette sur lequel s'insèrent des mécanismes d'une complexité extrême. »

René CHARPENTIER.

La psychologie est-elle la science de l'action ? I. L'action et l'inconscient, par Charles BAUDOUIN (*Revue philosophique*, septembre-décembre 1941).

La psychologie, comme toute science, a besoin d'un phénomène étalon. La recherche de celui-ci est passée, au cours des siècles derniers, par plusieurs étapes : l'idée claire et distincte de Descartes, la sensation de Condillac. Rationalisme et empirisme pourraient se ramener à une divergence dans le choix de l'étalon, qui est l'idée dans le premier cas, la sensation dans le second. Mais tous deux subirent une évolution analogue : l'appel à la raison pratique de Kant, pour le rationalisme, et, se détournant du ratio-

ualisme sans pourtant rejoindre l'empirisme franc, Maine de Biran qui appuie la conscience sur l'effort, et Bergson qui la dérive de l'élan vital. Le behaviorisme (Watson) réduit la psychologie à l'étude des seules réactions extérieurement observables. Tout en subsistant, rationalisme et empirisme classiques, malgré leurs divergences qui persistent, aboutissent au choix d'un étalon qui est de l'ordre de l'activité. Tandis que, pour le rationalisme, la psychologie était la science de « l'âme », et que pour l'empirisme, elle fut la science des « états de conscience », elle tend aujourd'hui à devenir la « science de l'action ».

Ribot eut, le premier, le mérite de fonder la psychologie sur la tendance, c'est-à-dire sur la disposition de l'être à certains actes déterminés. Pierre Janet édifia la psychologie de la « hiérarchie des tendances » qu'il donna de plus en plus comme une « psychologie de l'action ». Faire de la psychologie une science de « l'action » ou de « la conduite » est lui conférer cette objectivité à laquelle elle aspire depuis longtemps : car la conscience sera toujours un fait subjectif ; seul le retentissement de la conscience dans l'action (dont fait partie le langage) lui assure indirectement une manière d'objectivité.

C'est également sur les principes fondamentaux posés par Ribot que s'est constituée la psychanalyse de Freud. Plaçant tous deux la tendance à la base de la vie psychique, ils ont compris tous deux que ce point de vue déplaçait le centre de gravité de la psychologie, car les tendances pouvaient être « inconscientes ». Cette solidarité des notions de tendance et d'inconscient, posée par Ribot, a pris, depuis Freud, dans la psychologie, une importance particulière.

La notion d'inconscient ne saurait avoir toute sa signification que dans une psychologie de l'action. L'acte inconscient présente tous les caractères essentiels de l'acte conscient, sauf la conscience. La notion d'inconscient a donc un contenu positif. Si la notion d'inconscient est fonction de celle d'activité, elle participe à l'élargissement que la théorie assigne à l'activité : il devient ainsi légitime de l'appliquer à des sentiments ou à des pensées dans la mesure où ceux-ci seront considérés comme des parties d'action, ou encore comme des actions transformées. Idée inconsciente, désir, regret, sentiment inconscient, sont des élargissements de terme, solidaires de celui de la notion d'action, qui, légitimes et utiles, marquent le souci général de la science de rechercher la continuité des phénomènes. Et de même qu'on parle de géométrie analytique, on a pu, pour désigner la psychologie de l'inconscient, parler de « psychologie analytique ».

La psychologie analytique, avec sa notion d'inconscient, répond au même desideratum que le behaviorisme, avec sa notion de comportement. Mais la psychanalyse, en annexant au conscient, territoire de l'ancienne psychologie, l'inconscient (qui, avec le conscient, forme le domaine de la conduite), a maintenu la distinction des deux territoires. Le behaviorisme, lui, tend à supprimer cette distinction et à n'envisager que la conduite. Or, le traitement psychanalytique nous place devant cette évidence clinique qu'il est très important pour une idée de passer de l'état inconscient à l'état conscient : c'est par là qu'elle devient malléable ; c'est en ce passage que, du moins pour une bonne part, consiste le traitement.

M. Charles Baudouin admet le point de vue de « l'action » dans la mesure où il paraît être celui qui permet de mieux approcher « l'âme ».

René CHARPENTIER.

Les trois structures fondamentales de la vie psychique : rythme, régulation et groupement, par Jean PIAGET (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, 1942, n° 1/2).

La psychologie contemporaine se préoccupe des problèmes de « structure d'ensemble » des phénomènes mentaux. Mais il ne suffit pas de parler de « totalité » pour énoncer des vérités claires et distinctes et le problème se pose toujours davantage de construire une morphologie générale de la vie mentale, dont les termes puissent être définis et reconnus avec précision. M. Jean Piaget expose dans ce mémoire les linéaments de la classification dont il se sert et montre sa généralité. Commenant par l'analyse des fonctions qui, du réflexe à l'intelligence en passant par l'habitude et la perception, sont relatives à la technique de l'action (fonctions sensori-motrices et intellectuelles), il examine ensuite les fonctions qui, des tendances instinctives à la volonté et aux sentiments supérieurs, sont relatives aux valorisations de l'action (fonctions affectives).

C'est selon les trois moments essentiels du rythme, de la régulation et du groupement que l'intelligence finit par se dégager des activités sensori-motrices inférieures, selon un principe d'évolution dirigée par des lois d'équilibre interne. Ce schéma ne peut naturellement faire apercevoir dans leur vivante complexité les phases de transition, mais l'essentiel est de comprendre le mouvement évolutif unique qui procède du premier au troisième de ces paliers distincts et successifs. La vraisemblance de ce schéma est accrue par le parallélisme du développement de la vie affective avec le développement des fonctions de coordination motrice et de connaissance. Aux principaux niveaux de la vie affective, on retrouve, en effet, les trois mêmes structures de rythme, de régulation et de groupement. L'auteur rappelle les belles observations cliniques de M. Wallon chez l'enfant et la théorie de M. Pierre Janet sur le passage du rythme à la régulation. Il compare le mécanisme psychologique de la volonté au travail qui caractérise les « groupements » de la pensée logique. Quand la volonté assure le triomphe d'une valeur morale sur une valeur passionnelle, la première, plus faible d'abord, finit par l'emporter sur la seconde parce que celle-ci demeure relative au présent seul (régulation), tandis que la première s'appuie sur des connexions passées ou futures. Il y a là un « groupement » des valeurs.

Rythme, régulation et groupement constituent ainsi les trois phases du mécanisme évolutif de la vie affective aussi bien que du développement de la connaissance.

René CHARPENTIER.

Le psychologue et l'époque actuelle, par W. MORGENTHAU (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicules 1-2, 1942).

Après un exposé du dualisme qui a surgi entre les problèmes psychiques et la science psychologique qui risque de subir l'emprunte de la technique, l'auteur indique trois prémisses : la terre (bionomie), le ciel (la foi), et la plus inébranlable des trois, l'homme. Tout étant, de nos jours, remis en question, l'« humain » prime à nouveau ; d'où l'importance croissante de la psychologie à laquelle incombent de nouvelles et grandes tâches.

Dans la seconde partie de son article, l'auteur décrit la situation psychologique dans laquelle se trouve la Suisse. Elle a le devoir de conserver ce

qui est acquis, de développer son héritage culturel, de servir d'intermédiaire dans les divers domaines de la psychologie et de la psychologie appliquée. De ce fait, elle doit lutter contre la spécialisation exagérée et la dispersion. « L'essentiel pour les Suisses est de bien se rendre compte qu'ils ne feront honneur à leur mission culturelle que pour autant qu'ils resteront forts. »

O. FOREL.

Röpke (1), par W. MORGENTHALER (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicules 1-2, 1942).

M. Morgenthaler rend hommage à la clarté et à la vie qui distinguent l'exposé de l'auteur sur les principaux problèmes économiques, et le rend accessible au profane. Il relève ensuite les côtés faibles qui apparaissent dès que Röpke aborde les problèmes psychologiques. Il considère tout en fonction de normes auxquelles l'être humain devrait se plier. Il y a lieu au contraire de tenir compte avant tout des sources énergétiques qui déterminent les activités de l'homme, partant les sociétés humaines, le subconscient, toutes les pulsions instinctives, etc.

O. FOREL.

Contribution à la psychologie du dessin, par W. MORGENTHALER (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicules 1-2, 1942).

Introduction historique sur les débuts et le développement de la psychologie du dessin, suivie de quatre dessins d'une église, faits par un garçon de 7 ans, une fillette du même âge, un schizophrène et une malade atteinte de paralysie générale. L'auteur relève certaines analogies et met surtout en relief des différences fondamentales.

O. FOREL.

Tenue et débilité morales (Heilpädagogisches Seminar, Zurich), par Paul MOOR (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicules 1-2 1942).

Pour l'auteur, les deux sources de la tenue intérieure de l'être humain sont : la force de volonté et la profondeur morale. N'a d'énergie que celui qui voit les responsabilités qui lui incombent, qui les accepte sans les considérer comme des charges mais les ressent comme un enrichissement de sa vie. La force de volonté pourra se développer chez celui qui, par son éducation, a été orienté vers le service d'autrui et chez lequel l'acquisition de bonnes habitudes a rendu possibles la ténacité et l'esprit de suite. Le « Gemüt » (émotivité-affectivité) contribue à la tenue intérieure. L'émotivité semble, de prime abord, s'opposer à la volonté. Cependant, si la volonté s'applique à la critique de l'idéal personnel, elle donne, pour ainsi dire, de l'espace à la vie intérieure. C'est alors que la sphère volitive puise dans les profondeurs de la vie morale l'élan qui, à son tour, lui assure un redoublement d'éclat.

O. FOREL.

(1) Auteur de *Die Gesellschaftskrise der Gegenwart* (Verlag Rentsch, Erlench-Zürich), ouvrage qui a été beaucoup discuté dans la presse suisse. (Note de O. Forel).

Les rapports entre la psychologie appliquée et l'hygiène mentale, par H. SPRENG (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicules 1-2, 1942).

La psychotechnique s'occupe avant tout : 1) de l'adaptation de l'homme au travail, et 2) de l'adaptation des conditions de travail à l'homme.

En ce qui concerne l'adaptation de l'homme au travail, l'examen des aptitudes est à la base de ce problème. Le développement psychique de l'enfant, son adaptation aux exigences de l'école peuvent être favorisés par l'examen psychologique qui servira de base à *l'orientation professionnelle*. Les problèmes scolaires, qui impliquent presque toujours le choix de la future carrière, font partie de l'hygiène mentale et peuvent être résolus par une collaboration étroite du médecin et du psychologue spécialisé. Plus tard, c'est encore l'examen psychologique des aptitudes qui sera à la base de la *sélection* et de la *formation professionnelles* (1). Le psychologue et surtout le psychotechnicien sont, par excellence, les agents de l'hygiène mentale, surtout s'ils appliquent des méthodes psychologiques et humaines, en évitant d'utiliser des tests normalisés (méthodes pseudo-scientifiques).

M. Spreng insiste sur l'importance du *choix des chefs* et de leur donner une formation psychologique, contribuant à améliorer leurs relations avec leurs subordonnés, et tendant à diminuer le « coefficient de conflit ».

Pour l'adaptation des conditions de travail à l'homme, il s'agit avant tout d'adapter mieux encore les machines, les outils, les bureaux et les ateliers à la constitution physique et mentale de l'homme. Favoriser l'hygiène industrielle, la lutte contre les accidents et la monotonie du travail, en sauvegardant la dignité de l'homme afin de faire de l'ouvrier et de l'employé un « collaborateur » pris au sens le plus élevé du terme.

O. FOREL.

Conception du monde et âge, par A.-L. VISCHER (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicule 3, 1943).

L'auteur part du fait que la « Weltanschauung » d'un individu reste liée à sa personnalité et à son attitude biologique et culturelle, mais cette personnalité et cette attitude ne sont pas statiques et définitives. Elles subissent des fluctuations au cours de la vie. Parmi les causes de cette évolution, Vischer distingue différents âges, notamment la deuxième moitié de la vie. Il souligne les modifications de la notion subjective du temps vécu. En outre, les regards jetés sur le passé, de même que la « conscience de l'avenir » influencent dans l'âge mûr nos appréciations et notre attitude à l'égard de la vie. Des exemples pris dans des œuvres littéraires et artistiques créées sur le tard mettent en évidence un style particulier, révélateur de l'évolution de l'individu. A l'appui de cette thèse, l'auteur cite les noms de Michel-Ange, Le Titien, Bernini et, plus près de nous, Renoir et Maillol. Cet aperçu a en vue d'attirer l'attention sur les nouveaux problèmes posés à la psychologie aux divers âges de la vie. Les travaux de Charlotte Bühler ouvrent la voie.

O. FOREL.

(1) H. SPRENG : *L'utilité sociale de la sélection professionnelle*, chez Delachaux et Niestlé, S.A. et *La formation professionnelle des apprentis*, chez Dunod.

Orientation professionnelle et troubles nerveux, par J. ALLIEZ et M^{lle} J.-M. JAUR (*Société de médecine de Marseille*, séance du 11 mars 1942).

Etude d'ensemble des enfants et jeunes gens dont l'état a nécessité un examen neuro-psychiatrique au Centre d'Orientation professionnelle de Marseille pendant l'année 1941. Le plus grand nombre des cas concerne des états de débilité et d'instabilité. D'une manière générale, la déficience motrice est corrélative du déficit ou de la dysharmonie intellectuels. Les problèmes d'orientation soulevés par l'étude de ces enfants sont parfois délicats. Les troubles du caractère, quand ils sont sérieux, entraînent une adaptation plus difficile que la débilité simple. Il est regrettable que l'absence d'établissements de rééducation en nombre suffisant ne permette pas toujours la sanction pratique que réclameraient de tels états.

R. C.

ANATOMIE

Etude anatomo-clinique d'un cas de cholestérinose cérébrale, par G. GUILLAIN, Ivan BERTRAND et M^{me} GODET-GUILLAIN (*Revue neurologique*, septembre-octobre 1942).

Les formes nerveuses des lipidoses sont peu nombreuses. Dans cette intéressante et rare observation de lipidose cérébrale à cholestérine, il s'agit, comme dans les cas décrits par Ludo van Bogaert, Hans J. Scherer et Emile Epstein d'une maladie du métabolisme, d'une dystrophie du terrain dont les localisations cholestériniques constituent en quelque sorte les séquelles léthales. L'essentiel du processus pathologique serait une sorte de précipitation, c'est-à-dire un phénomène physico-chimique déroulé à certains niveaux d'élection. Le dépôt est ici le phénomène primitif et non le témoin d'un processus pathologique déterminé. Pendant sa vie, la malade qui fait l'objet de ce travail fut considérée comme une pseudo-bulbaire, sans particularité spéciale. C'est la constatation d'un double cholestéatome des plexus choroïdes qui conduisit à l'étude des centres nerveux. La découverte de la cholestérine en quelques points des lésions permet de reconnaître la lipidose. Il apparaît d'ailleurs possible, ajoutent les auteurs, que, dans des cas plus frustes encore, l'origine de certains foyers d'encéphalomalacie, indépendants de toute lésion artérielle, puisse être rattachée aux dyslipidoses, identifiables par la topographie spéciale des lésions et les analyses biochimiques compatibles avec une fixation récente.

René CHARPENTIER.

Dégénérescences cérébelleuses latentes chez les cancéreux, par Ivan BERTRAND et M^{me} GODET-GUILLAIN (*Société de biologie*, séance du 10 octobre 1942).

Constatant la très grande fréquence des lésions cérébelleuses et olivaires chez les cancéreux, lésions latentes, sans signes cliniques, coïncidant peut-être avec la cachexie terminale, les auteurs soulignent que des constatations analogues faites après coma diabétique montrent que de telles dégénérescences à développement rapide sont moins sous la dépendance d'une toxose que de troubles profonds du métabolisme.

R. C.

Nanosomie pseudo-achondrosoplasique par malformations somato-squelettiques multiples, portant uniquement sur les quatre segments distaux, par L. CORNIL, L. GLEIZE-RAMBAL et M. SCHACHTER (de Marseille), *Revue neurologique*, mai-juin 1942).

Malformation multiple, et pour ainsi dire systématisée, frappant exclusivement les quatre segments distaux des membres, et cela, à partir du coude pour les membres supérieurs, et du genou pour les membres inférieurs. Le sujet, jeune, ne présente neurologiquement rien d'anormal en ce qui concerne la motilité et la fonction praxique. La nature congénitale, embryonnaire, de ces malformations résulte de l'étude radiologique détaillée. Si l'on admet, comme cela paraît s'imposer de plus en plus, que certaines fonctions endocrines, morphogénétiques, existent déjà chez l'embryon, les dysmorphoses qui caractérisent les « monstres » pourraient être déterminées par des lésions très précoces de ces dispositifs, sous l'influence d'agents physiques (rayons), chimiques ou biochimiques (vitamines et hormones), aussi bien endogènes qu'exogènes.

R. C.

BIOLOGIE

La formule sanguine du post-électro-choc, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 2 avril 1943).

L'électro-choc provoque de façon constante une hyperleucocytose souvent considérable. Il y a de grandes variations dans le pourcentage respectif des différents variétés de leucocytes ; en général, cependant, il y a diminution des polynucléaires neutrophiles. Pas de modifications de la série rouge, du taux de l'hémoglobine, ni de la valeur globulaire. Les recherches entreprises sur la sédimentation globulaire ont donné des résultats disparates, mais chez les malades à taux de sédimentation élevé avant la crise, l'électro-choc provoque une diminution quelquefois très importante des chiffres de sédimentation.

R. C.

Le syndrome humoral du post-électro-choc, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 2 avril 1943).

MM. Jean Delay et A. Soulairac individualisent un syndrome humoral du post-électro-choc caractérisé par les éléments suivants : 1° une hyperglycémie atteignant le taux de 1 g. 20 à 1 g. 30, de durée assez courte (20 à 30 minutes) et suivie d'un retour au taux normal ; 2° une hyperprotidémie constante avec hypersérinémie habituelle ; l'hyperprotidémie peut atteindre 20 pour 100 du taux initial ; l'hypersérinémie entraîne l'augmentation du rapport sérine-globuline ; l'hyperprotidémie atteint son taux maximum 5 minutes après le choc et le retour au taux initial ou même parfois à un taux inférieur se produit en moins de 2 heures ; le taux de l'urée sanguine demeure inchangé ; 3° une hyperchlorémie globulaire sans modification du Cl. plasmatique et une élévation du rapport Cl. globulaire/Cl. plasmatique ; 4° une diminution de la réserve alcaline.

La cholestérolémie n'est pas modifiée par l'électro-choe. Des recherches en cours sur les variations du Na, du K et du Ca montrent fréquemment une hypernatrémie, une hypokaliémie, une hypercalcémie post-critiques.

R. C.

Influence de l'orthostatisme sur le taux des protides du sérum du sang, par H. GOUNELLE, M. BACHET et R. SASSIER (*Société de biologie*, séance du 12 décembre 1942).

L'orthostatisme détermine une élévation très rapide du taux des protides sanguines, notamment de la sérine. Il ne semble pas cependant qu'il s'agisse d'une modification globale de la concentration sanguine, les taux de chlore n'étant pas modifiés. Il importe donc de préciser les conditions du prélèvement sanguin en orthostatisme ou en clinostatisme.

R. C.

Le virus syphilitique est-il ultrafiltrable ? par C. LEVADITI (*La Presse médicale*, 28 janvier 1943).

Le virus syphilitique, sous sa forme spirochétienne ultrafiltre à travers des membranes en collodion à porosités très larges et confère aux ultrafiltrats un pouvoir pathogène accru, mais il ne traverse pas des membranes qui laissent passer la plupart des ultravirus connus. Les expériences de M. C. Levaditi contredisent l'existence, dans le suc de syphilomes, de corpuscules virulents pouvant traverser des bougies poreuses ou des membranes serrées ; elles démontrent l'interdépendance de la virulence des filtrats et de l'existence, dans ces filtrats, de tréponèmes typiques. Aucun principe véritablement ultrafiltrable et virulent n'existe dans les extraits de syphilomes riches en tréponèmes et en granules argentophiles.

René CHARPENTIER.

Esquisse d'une technique rationnelle de la réaction de Bordet-Wassermann, par Léon GIRAUT-ERLER, Chef du laboratoire central de sérologie de l'Institut Alfred-Fournier (*La Presse médicale*, 27 mars 1943).

Exposé résumé de la technique du titrage du système hémolytique et de la réaction proprement dite selon les derniers progrès réalisés. La même technique peut s'appliquer à toute autre réaction de fixation du complément en remplaçant la suspension colloïdale par l'antigène approprié titré. Résumé contenant tous les renseignements nécessaires à la conduite pratique de la réaction.

R. C.

A propos de la recherche du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, par J. BRETEY (*La Presse médicale*, 12 décembre 1942).

La recherche du bacille tuberculeux dans un liquide céphalo-rachidien est une tâche difficile, lourde de conséquences, dans laquelle la nécessité d'une confirmation rapide du diagnostic oblige à se contenter de l'aspect

morphologique du bacille. La méthode proposée par l'auteur lui a permis de trouver le bacille rapidement et même dans des cas de méningite tuberculeuse cliniquement diagnostiquée, où le laboratoire n'avait pu le découvrir. Après centrifugation dans un double tube métallique, dont le fond peut être dévissé, on décante le liquide et on recueille le culot directement sur une lamelle de verre placée dans un évidement du tube qui permet l'examen sans aucun transfert. La coloration du fond doit être faible et de grandes précautions sont prises pour éviter toute cause d'erreur. Les expériences et les comparaisons démontrent la sensibilité et la rapidité de cette méthode, que compléteront utilement les recherches cytologiques et chimiques, l'inoculation et la culture.

René CHARPENTIER.

Alcoolisme expérimental et polynévrite chronique, par Raoul LECOQ (*Société de biologie*, séance du 10 octobre 1942).

D'expériences sur le pigeon, M. Raoul Lecoq conclut que ce n'est pas l'avitaminose qui est la cause favorisante de l'intoxication, aboutissant à la polynévrite alcoolique, mais l'acidose qui, dans les cas expérimentaux, est uniquement liée au déséquilibre alimentaire dû à l'adjonction d'une proportion élevée d'alcool à une ration caloriquement insuffisante. En clinique, cette acidose peut se trouver occasionnellement renforcée par des infections intercurrentes, des déséquilibres nutritifs ou humoraux et aussi par l'avitaminose B.

R. C.

Vitamine B₂ et système nerveux, par M^{me} B. CHAUCHARD, P. CHAUCHARD et M^{lle} A. RAFFY (*Société de biologie*, séance du 23 janvier 1943).

Les expériences entreprises par les auteurs mettent en évidence que la carence en riboflavine d'une part, l'injection de cette substance à l'animal non carencé (action pharmacologique) d'autre part, retentissent sur le fonctionnement nerveux. La vitamine B₂ doit donc être considérée, de même que l'aneurine, comme une vitamine importante pour le système nerveux.

R. C.

Sur la chronaxie de constitution des neurones moteurs du cortex cérébral, par M. et M^{me} A. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD (*Société de biologie*, séance du 10 avril 1943).

Nouveaux arguments en faveur de la conception d'une chronaxie de constitution élevée des neurones psychomoteurs; la valeur basse normale de leurs chronaxies est due à l'influence régulatrice des centres mésencéphaliques de la subordination. Cette régulation extracérébrale de l'excitabilité corticale est d'une grande importance physiologique et permet d'expliquer le mécanisme du sommeil ainsi que la grande sensibilité pharmacologique des neurones cérébraux.

R. C.

ENDOCRINOLOGIE

La chirurgie du Basedow et le problème des « psychoses » thyroïdiennes, par H. WELTI et G. LAPEYRE (*La Presse médicale*, 30 janvier 1942).

La thyroïdectomie subtotale précoce donne des résultats favorables a condition de la réserver aux « formes typiques » du syndrome de Basedow. Elle est formellement contre-indiquée chez les « psychopathes pseudo-basedowiens ». Elle doit être écartée ou envisagée avec la plus grande prudence dans les cas où un syndrome de Basedow est associé à une psychose préexistante.

Dans les formes pures, au cours desquelles l'éréthisme psychique s'encaadre nettement dans les symptômes somatiques de la maladie et est sous la dépendance d'une dysrégulation hormonale du corps thyroïde, la thyroïdectomie aboutit à des succès nets et incontestables. Mais un grand nombre de cas est constitué par des malades atteints de troubles mentaux coïncidant avec de faux syndromes thyroïdiens, et même avec des troubles d'insuffisance thyroïdienne. Chez des sujets hyperémotifs, le métabolisme basal peut être cause d'erreurs quand il n'est pas associé à d'autres symptômes caractéristiques. On conçoit que, dans de tels cas, une exérèse glandulaire, même limitée, puisse être suivie de l'aggravation des troubles psychiques. Dans les formes associées, l'examen du malade, l'anamnèse permettront d'apprécier l'état mental antérieur et ses causes, ses rapports avec le syndrome basedowien : aucun malade suspect de psychopathie constitutionnelle ne devra être opéré.

L'opération devra être une résection très large, mais en conservant un minimum de tissu glandulaire qui soit bien vascularisé et bien innervé pour éviter une récurrence tout en ménageant la fonction thyroïdienne.

René CHARPENTIER.

Les réactions des glandes thyroïdiennes aberrantes à la suite de thyroïdectomie totale ou très large, par Paul SAINTON et Sylvain BLONDIN (*Société d'endocrinologie*, séance du 26 novembre 1942).

Le rôle que peuvent jouer les thyroïdes accessoires à la suite de thyroïdectomie totale chez l'homme est considéré comme hypothétique et à démontrer. Les auteurs rapportent deux observations où, à la suite de thyroïdectomie totale ou très large, les thyroïdes aberrantes sont entrées en jeu et, dépassant leur rôle vicariant, ont donné lieu à de l'hyperthyroïdisme.

Inversement, dans le cas d'ablation de goitre lingual, une glande principale, paraissant inexistante, peut jouer le rôle d'organe de secours. Ces faits permettent d'expliquer l'absence de myxœdème à la suite de thyroïdectomie paraissant totale et les cas inexpliqués de récurrences multiples malgré les ablations les plus complètes.

R. C.

Les psychoses thyroïdiennes dites endocriniennes et leur traitement chirurgical, par P.-A. CHATAGNON (*La Presse médicale*, 22 août 1942).

A propos de quatre observations de thyroïdectomie, M. P.-A. Chatagnon résume ainsi les indications. En cas de syndrome de Basedow chez des

sujets à psychisme normal ou présentant seulement des troubles de l'humeur et du caractère, l'exérèse chirurgicale peut amender les manifestations mentales mineures. Mais en cas de syndrome de Basedow chez des sujets à psychisme pathologique (troubles majeurs du caractère, troubles des instincts, perversité, etc.), le trouble psychique n'étant pas sous la dépendance directe de la sécrétion thyroïdienne, le traumatisme opératoire produisant en outre des désordres hiologiques, la thyroïdectomie subtotale ne peut avoir que des conséquences défavorables.

Pour leur plus grande part, les troubles mentaux réunis sous le nom de psychoses thyroïdiennes relèvent, non d'une perturbation de la sécrétion thyroïdienne, mais d'une déviation du fonctionnement normal du cerveau. Les mêmes causes qui sont à l'origine des troubles du développement ou du fonctionnement thyroïdien ont agi sur la constitution, l'organisation et, plus tard, les réactions fonctionnelles du cerveau. Le problème est d'ordre génétique. Il s'agit plus d'organogénèse que de retentissement dysendocrinien.

La pathogénie des troubles mentaux survenant au cours des syndromes d'hyperthyroïdie et de la maladie de Basedow en particulier relève plus de l'organisation constitutionnelle du système nerveux que d'une altération de la sécrétion thyroïdienne. Et M. Chatagnon conclut : l'existence de certains troubles mentaux survenus dès avant l'apparition et même seulement au cours de l'évolution de la maladie de Basedow vraie doit être ordinairement une contre-indication opératoire.

René CHARPENTIER.

Un cas d'exophtalmie maligne basedowienne post-opératoire. Les exophtalmies expérimentales par injections d'hormone thyroïdienne, par Guy LAROCHE et Yves BARRÉ (*Société d'endocrinologie*, séance du 25 juin 1942).

Observation, après thyroïdectomie subtotale, d'un cas d'exophtalmie maligne, avec œdème de l'orbite, des paupières, de la rétine, suppression presque complète de la vision, le métabolisme basal étant redevenu normal. Amélioration considérable par trépanation décompressive de l'orbite d'un côté et injection carotidienne de corps thyroïde et de diiodothyrosine.

Les urines de la malade présentaient une quantité anormale d'hormone thyroïdienne. Les auteurs rappellent les exophtalmies expérimentales obtenues par injection d'hormone thyroïdienne. Deux expériences personnelles sur le cobaye sont en faveur de la pathogénie antéhypophysaire des exophtalmies malignes ; celles-ci sont d'ailleurs rares chez les basedowiens avant ou après thyroïdectomie.

R. C.

L'exophtalmie basedowienne maligne, par H. WELTI et G. OFFRET (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 21 novembre 1942).

A propos d'une observation, MM. H. Welti et G. Offret indiquent les symptômes de l'exophtalmie basedowienne maligne. L'atteinte de la fonction visuelle par trouble de la conduction sensorielle apparaît comme la manifestation propre à cette exophtalmie. Un seul traitement efficace peut être opposé à cette redoutable complication : la trépanation décompressive de l'orbite.

R. C.

Sur quelques manifestations oculaires peu connues de la maladie de Basedow, par H. WELTI et G. OFFRET (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 19 décembre 1942).

A propos d'observations inédites, MM. H. Welti et G. Offret décrivent quelques aspects de complications oculaires peu classiques chez les basedowiens : troubles accommodatifs, larmoiement spasmodique, anesthésie de la cornée, kératite neuro-paralytique, dépilation des cils et des sourcils, etc. La pathogénie de ces diverses manifestations n'est pas unique. Les symptômes décrits sont l'expression particulière au niveau de l'appareil visuel du dérèglement neuro-végétatif général.

R. C.

Les épanchements des séreuses dans le myxœdème, par Etienne MAY, A. NETTER et TIRET (*Société d'endocrinologie*, séance du 28 janvier 1943).

A propos d'un cas de péricardite et pleurésie chez une myxœdémateuse, les auteurs décrivent les caractères essentiels des épanchements de l'insuffisance thyroïdienne : formule cytologique higgarrée où les leucocytes à prédominance mononucléaire voisinent avec des cellules endothéliales, densité élevée, remarquable richesse en albumine variant de 45 à 65 g. par litre et qui diminue au fur et à mesure de la guérison ; enfin, la réaction de Rivalta peut être négative malgré l'albuminose élevée. Ces épanchements sont directement liés à l'hypothyroïdie et paraissent être un prolongement de l'infiltration myxœdémateuse des tissus. Ils ne guérissent que par l'opothérapie et exposent donc à de fâcheuses erreurs si l'insuffisance thyroïdienne n'est pas reconnue.

R. C.

Sexualité et affections de la glande thyroïde dans l'enfance et la jeunesse, par le Professeur Pierre NOBÉCOURT (*La Presse médicale*, 10 avril 1943).

Il existe d'importantes relations entre la sexualité et la physio-pathologie de la glande thyroïde. Plus fréquentes dans le sexe féminin, les affections du corps thyroïde s'installent avec prédilection lors de la puberté, de la ménopause. D'autre part, ces affections amènent des troubles importants de la sexualité. Au cours de l'enfance et de la jeunesse, on peut observer le myxœdème avéré, presque toujours congénital, des myxœdèmes frustes et des hypothyroïdies, le goitre endémique, la congestion de la glande thyroïde, le goitre simple, sporadique, le goitre exophtalmique et les syndromes basedowiens. M. Pierre Nobécourt montre l'influence qu'exerce la sexualité féminine dans la genèse des affections thyroïdiennes, et particulièrement la puberté. Relevant que parmi les symptômes du goitre exophtalmique il en est qui relèvent de l'hyperthyroïdie, tandis que les autres traduisent une dystonie neuro-végétative, il conclut que ces deux syndromes peuvent être soit intriqués, soit isolés. Dans l'enfance et la jeunesse, le syndrome neuro-végétatif isolé paraît plus fréquent que le syndrome intriqué à l'hyperthyroïdie.

René CHARPENTIER,

Affections de la glande thyroïde et sexualité dans l'enfance et la jeunesse. Déterminisme des phénomènes. Considérations thérapeutiques, par le Professeur Pierre NOBÉCOURT (*La Presse médicale*, 24 avril 1943).

Après avoir montré l'influence, dans l'enfance et dans la jeunesse, des affections de la glande thyroïde (myxœdème congénital, myxœdème fruste et hypothyroïdie, goitre endémique et goitre simple, sporadique, goitre exophtalmique, congestion de la glande thyroïde) sur la sexualité, M. P. Nobécourt conclut que la clinique et l'expérimentation éclairent dans une certaine mesure, mais incomplètement, le déterminisme des relations entre la sexualité et les affections du corps thyroïde. L'intervention dans le goitre exophtalmique de la dystonie neuro-végétative complique le problème. La transformation subie à la puberté par le système neuro-végétatif le met dans un état de déséquilibre qui en favorise les troubles, troubles plus fréquents et plus accentués chez les filles que chez les garçons.

Des faits exposés dans ce mémoire résultent des conclusions thérapeutiques. L'opothérapie thyroïdienne est formellement indiquée dans le myxœdème congénital et dans le myxœdème fruste, de même que dans le goitre endémique. Dans le goitre simple et le goitre exophtalmique, elle ne doit être utilisée que si le métabolisme de base est diminué et encore avec beaucoup de prudence pour ne pas augmenter les troubles neuro-végétatifs. Dans les syndromes basedowiens, traitement complexe et nuancé destiné à abaisser le métabolisme s'il y a lieu et à modifier le tonus neuro-végétatif. Thyroïdectomie subtotale dans les formes sévères du goitre exophtalmique. L'action, incertaine, de l'opothérapie sexuelle sur les affections de la glande thyroïde n'est en rien comparable à celle de l'opothérapie thyroïdienne sur la sexualité.

René CHARPENTIER.

Hormones sexuelles et troubles mentaux, par André SOULAIRAC (*La Presse médicale*, 14 novembre 1942).

Les troubles mentaux peuvent présenter avec les troubles endocriniens un rapport étroit de causalité, mais souvent aussi les troubles endocriniens ne leur sont qu'associés. Quand les troubles mentaux sont provoqués par les perturbations hormono-sexuelles, il s'agit le plus souvent de troubles élémentaires divers sans caractère spécifique, certains d'entre eux survenant surtout à certains âges. Il est frappant aussi de constater la ressemblance entre eux des troubles mentaux secondaires à des désordres hormono-sexuels, qu'il s'agisse de troubles hyper ou hypofolliculiniques, hyper ou hypolutéiniques, de troubles masculins ou féminins. L'hormone sexuelle n'aurait donc pas une action spécialisée sur le système nerveux, mais une action perturbatrice de l'ensemble endocrino-végétatif. C'est par l'intermédiaire du système neuro-végétatif, et plus particulièrement du système hypothalamo-hypophysaire, dont le rôle est capital dans le psychisme supérieur et instinctivo-affectif, que se produiraient secondairement les troubles mentaux.

Résumant les indications respectives des trois hormones sexuelles génitales, testostérone, folliculine et lutéine, dans la pratique psychiatrique, M. André Soulairac conclut à la très grande polyvalence des hormones

sexuelles dans la production des troubles mentaux et à l'impossibilité clinique d'attacher une importance exclusive à telle hormone considérée en particulier.

René CHARPENTIER.

L'implantation sous-cutanée d'hormones (présentation d'un appareillage original), par J.-A. HUET (*Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres*, séance du 6 janvier 1943).

M. J. Huet rappelle l'ensemble des travaux français et étrangers concernant l'implantation sous-cutanée d'hormones. Il précise la posologie efficace pour les hormones dérivant des stéroïdes et prévoit que l'utilisation de nouveaux excipients permettra sous peu d'employer l'insuline, la thyroïde et la parathyroïde.

L'auteur présente un appareillage qu'il a fait exécuter. Un appareil permet la confection de comprimés d'hormones qui sont ensuite stérilisés. Sur un trocart spécial, on fixe, après sa mise en place dans le tissu sous-cutané, un second tube contenant le comprimé hormonal qu'un piston chasse et fixe en plein hypoderme. Grâce à cet appareillage très simple, l'endocrinologiste peut traiter ses malades sans le recours du chirurgien.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'hérédo-syphilis au crible de la maternité, par A. FRUBINSCHOLZ (de Nancy) (*La Presse médicale*, 26 septembre 1942).

Des intéressantes constatations de l'auteur, il résulte que tout se passe comme si l'hérédo-syphilis était capable d'abord de se transmettre et de se métamorphoser à travers plusieurs générations en touchant électivement le domaine neuro-endoérino-vasculaire et le domaine hépato-rénal, jusqu'au moment où, se stabilisant et se fixant sur certains organes, elle affecte eux-ci à la façon d'un caractère « récessif ». Au début de son cycle, l'hérédo-syphilis impose le traitement et lui obéit ; à un certain stade, elle le défie et le rend inopérant.

C'est une faute de dialectique que de nier la syphilis quand on ne possède pas tous les éléments de la certitude, comme ce serait une faute de l'affirmer sans de tels éléments. Logiquement et provisoirement, on doit alors rester dans le doute.

René CHARPENTIER.

A propos du certificat prénuptial, par ROEDERER (*Société de médecine de Paris*, séance du 27 février 1943).

Se plaçant simplement au point de vue administratif, M. Roederer rappelle qu'au regard de la loi, ce certificat doit énoncer simplement à « l'exclusion de toute autre indication » que le conjoint « a été examiné en vue du mariage ». C'est à la conscience du médecin qu'il est explicitement fait appel pour éclairer les futurs époux sur les possibilités de leur union, mais il ne peut agir que par persuasion et doit s'en remettre, ensuite, à leur conscience. Ils conservent la liberté de leur décision.

R. C.

Les assurances et l'éthique de la santé (Versicherung und Gesundheits-moral), par BALLY (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée* Fascicule 3, 1943).

Les conditions modernes du travail ont substitué à l'intérêt que l'artisan portait à sa création la seule recherche du gain : elles ont enlevé à l'existence humaine ce qui lui donnait une dignité et un sens. Avec le but individuel s'est perdu le but social, et le travailleur n'a plus de considération que pour les exigences de son existence matérielle et pour les loisirs où il croit pouvoir retrouver une personnalité. L'un et l'autre se traduisent par une notion d'argent. En outre, la disparition de tout sentiment du Devenir engendre un désir inconscient de retour à la vie végétative de l'enfance, la société devant assurer les soins matériels.

Ainsi l'existence s'identifie-t-elle à la sécurité ; et la santé n'est désormais pas plus désirable que la maladie si cette dernière permet, par le truchement des assurances, la garantie de la sécurité. Le moral de l'homme en face de la maladie a donc diminué ; il est plus faible chez les assurés que chez les autres.

Le médecin doit faire comprendre à l'Etat que la seule solution à ce désordre social croissant est non seulement dans l'octroi au travailleur d'un minimum vital assuré, mais dans un retour à la valeur et au sens du travail individuel.

O. FOREL.

L'arsenicisme professionnel, par André FEIL (*La Presse médicale*, 10 octobre 1942).

Après son étude par les toxicologues et les médecins-légistes, l'arsenic, sous l'influence de son emploi très répandu dans l'agriculture, intéresse à leur tour les hygiénistes, les médecins d'usines. L'arsenicisme, dont les manifestations cliniques sont polymorphes, doit être connu de tous les médecins. La forme suraiguë et la forme aiguë, consécutives à une ingestion massive, sont la conséquence d'une tentative criminelle ou d'une méprise : les troubles gastro-intestinaux et rénaux y prédominent. Les formes chroniques sont celles que l'on rencontre dans l'intoxication professionnelle ; on y observe surtout des symptômes nerveux portant sur la sensibilité et sur la motilité (polynévrite arsénicale) et des manifestations cutanées. La malpropreté, l'alcoolisme, les lésions hépatiques ou rénales, favorisent l'action toxique de l'arsenic.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Aperçu clinique de la sous-alimentation dans les asiles d'aliénés, par A. REQUET (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 20 juin 1942).

La pathologie de la sous-alimentation sévit depuis bientôt deux ans dans les hôpitaux psychiatriques, se manifestant surtout par des amaigrissements considérables et des phénomènes d'œdème généralisé et par des diarrhées

Incoercibles entraînant une cachexie qui se termine habituellement par un coma algide de quelques heures. On note également des troubles profonds de la régulation thermique. La sous-alimentation agit surtout sur les hommes, atteignant particulièrement les adultes et les vieillards.

R. C.

Restrictions alimentaires et mortalité chez les débilés mentaux épileptiques (statistiques hospitalières), par A. GUICHARD (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 9 juin 1942).

La mortalité est passée de 2,6 pour 100 par an avant la guerre, à 14,65 pour 100 en 1941.

R. C.

THERAPEUTIQUE

La psychologie appliquée, discipline para-médicale, par André REY (*Revue suisse de psychologie*, 1942, vol. 1, fasc. 1/2).

Ce travail est le résumé d'un mémoire présenté par M. André Rey au Comité National Suisse d'hygiène mentale sur l'importante question des « psychologues praticiens » dont le nombre, en certains pays, s'est considérablement accru. Ces praticiens appliquent, dans un but pratique, à différents individus, des techniques préparées par la psychologie scientifique ou inspirées par elle (psychologie clinique, pédagogie spéciale et pédagogie corrective, psychologie rééducative). Assimiler la pratique de la psychologie appliquée à une discipline para-médicale permettrait de définir la profession et de rationaliser la formation scientifique et technique de ces futurs praticiens. Le psychologue travaillerait alors avec des médecins, sous contrôle et protection.

Cette collaboration est superflue si le médecin suffit à sa tâche. Elle peut être utile si le psychologue assume plus économiquement une partie de cette tâche. Les erreurs parfois commises par les psychologues praticiens (certaines attitudes philosophiques, systématisation théorique et manque d'éclectisme, erreurs déontologiques), leur nuisent auprès du corps médical. La valeur du psychologue praticien dépendra surtout de sa formation théorique, qui exige des études sérieuses et longues. De telles études ne peuvent être entreprises que si les sacrifices ainsi consentis conduisent à une situation sociale et matérielle qui les justifie.

Si la formation des futurs psychologues praticiens présentait de solides garanties scientifiques et si on leur reconnaissait une activité utile, il y aurait lieu d'assimiler purement et simplement la psychologie appliquée à une activité para-médicale, donnant ainsi en même temps, à ces praticiens, une protection efficace. Les médecins, qui ont l'occasion de constater les fautes commises par les psychologues amateurs ou charlatans peuvent souhaiter, pour des tâches déterminées, la collaboration de psychologues sérieux. S'il en était ainsi, il appartiendrait aux sociétés médicales d'étudier l'intérêt d'un tel statut et éventuellement de le proposer.

René CHARPENTIER.

Psychothérapie et conception du monde, par C.-G. JUNG (*Revue suisse de psychologie*, 1942, vol. 1, fasc. 1/2).

De discipline auxiliaire et pragmatique, la psychothérapie a peu à peu débordé le cadre de la psychologie expérimentale et abordé les problèmes plus complexes des émotions (pensées, opinions, convictions, caractère, personnalité, etc.).

De la multiplicité des points de vue et de la diversité terminologique des différentes écoles résulta d'abord une Tour de Babel. La nécessité se fit sentir pour chaque psychothérapeute d'atteindre le niveau d'une quelconque « Weltanschauung », même dans les cas où le traitement des malades ne l'exigeait pas. D'autre part, le malade doit être sûr que son psychothérapeute s'est libéré ou n'est plus victime d'une névrose car on ne peut pas conduire un malade au delà du point que l'on a atteint soi-même.

La « Weltanschauung » est en quelque sorte la dominante qui décide en dernier ressort de notre évolution mentale. Elle domine aussi le thérapeute et inspire sa thérapeutique. Quoi qu'on fasse pour rester objectif, la « Weltanschauung » ne peut être qu'un édifice subjectif qui doit supporter d'être ébranlé par les vérités des malades. Une affirmation exagérée rend facilement une « Weltanschauung » rigide et inanimée. Une profession de foi bien étayée se reconnaît à sa souplesse et elle grandit, comme toutes les vérités, par l'apport des erreurs.

Les psychothérapeutes deviennent inévitablement des philosophes et le fossé qui sépare l'enseignement universitaire de ce que nous faisons en pratique paraît pour l'heure insurmontable. On pourrait aussi qualifier la « Weltanschauung » du psychothérapeute de *religio in statu nascendi* : cela n'a rien de surprenant quand on se souvient des origines de la médecine.

La névrose prive nos malades de leur liberté d'action. Ils sont les prisonniers du subconscient et de l'inconscient, et nous avons à les protéger contre toute irruption, toute mainmise de ces forces ignorées du sujet, surtout dans le domaine de la conscience de soi. Si le malade s'oppose à sa réintégration dans la collectivité, le thérapeute est placé devant un dilemme : céder ou renoncer ; chercher dans les archétypes la formule acceptable pour le malade, sinon, à l'impossible nul n'est tenu. La plus noble tâche du psychothérapeute n'est pas de rechercher un bonheur illusoire, mais de procurer au malade la sérénité philosophique qui lui permettra de supporter son épreuve. La vie ne trouve son achèvement que dans un équilibre de joies et de souffrances ; or, derrière la névrose se cache si souvent un refus farouche d'accepter la part de deuil et de souffrances qui revient à chacun. Voici pourquoi la doctrine chrétienne du péché originel, ainsi que celles du sens et de la valeur de la souffrance, de l'immortalité, renferment une valeur thérapeutique plus profonde pour les occidentaux que, par exemple, le fatalisme de l'Islam.

Lors même que les psychothérapeutes sont des spécialistes par excellence, leur spécialité les ramène précisément vers l'universalité ! Dès l'instant où le psychothérapeute prétend traiter le psychisme, la personne, l'entité psychophysique, la névrose ne saurait être traitée comme un mal localisé, mais bien, selon Freud, comme une manifestation d'un dérèglement général de la personnalité.

La présente réunion (1) prouve que la psychothérapie moderne, issue des

(1) Rapport présenté au Congrès suisse de psychologie, à Zürich, le 26 septembre 1942.

sciences naturelles, applique leurs méthodes objectives et empiriques à l'étude de toutes les manifestations mentales supérieures.

O. FOREL.

Conséquences du déséquilibre parasymphathique-symphathique résultant des restrictions alimentaires. Moyens d'y remédier, par F. MAIGNON (*Société de thérapeutique*, séance du 18 novembre 1942).

Déficience en calcium (viande, lait, fromage), la ration actuelle est trop riche en potassium (pommes de terre, carottes, etc.). Or, le calcium est un excitant du sympathique et le potassium un excitant du para-symphathique. D'où déséquilibre et prédominance du para-symphathique, qui excite le péri-staltisme, la sécrétion rénale et joue un rôle important dans la vaso-motricité. L'exagération de la diurèse est secondairement facteur de déminéralisation.

Ces troubles sont efficacement combattus par le chlorure de calcium. Il est bon, en même temps, de reminéraliser (ingestion de cachets apportant du phosphore, magnésium, fer, manganèse, silicium, etc.).

R. C.

Effets de la vitaminothérapie dans un cas de confusion mentale grave avec lésions cutanées, par LAIGNEL-LAVASTINE, Charles DURAND et Paul NEVEU (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 21 octobre 1941).

Chez un jeune homme de 16 ans, ayant présenté après une période d'agitation confusionnelle avec attitudes hystériques une période de cachexie avec manifestations cutanées à type de pyodermite, fut tentée une vitaminothérapie polyvalente (24 injections de vitamine PP puis injections alternantes de vitamine B₁ et de vitamine C) associée à la thérapeutique anti-infectieuse. Le résultat fut très rapidement favorable. L'insulinothérapie (15 comas complets) fut ensuite employée avec succès alors que son emploi tenté au début pendant 15 jours avant la vitaminothérapie, n'avait donné aucun bon résultat.

A propos de ce cas de carence, les auteurs rappellent les formes atypiques de pellagre signalées par Baillarger et par Billod. Ils concluent, d'autre part, qu'inefficace, ou même nuisible, au début de la confusion mentale, l'insulinothérapie, au décours de la confusion, permet d'éviter un passage à la chronicité, facilite la réduction des reliquats du délire et améliore rapidement l'état général.

René CHARPENTIER.

Vitamines et psychiatrie, par RONDEPIERRE (*Gazette médicale de France* T. XLVIII, n° 21, p. 621-626, novembre 1941).

On observe un défaut d'utilisation de la vitamine B₁ dans le syndrome de Korsakoff et dans les variétés d'accidents neuro-psychiatriques dus à l'alcoolisme, dans les hypoglycémies provoquées. La vitamine C est utile chez les déprimés, les confus, les encéphalitiques azotémiques. La vitamine E a fait ses preuves dans le traitement des psychoses puerpérales vraies, affections liées à un déficit hormonal. Les psychoses pellagreuses sont considérées comme liées au défaut de vitamine PP. Dans tous les cas, la vitaminothérapie doit être massive et généralement associée.

P. CARRETTE.

Vitamines et maladies du système nerveux, par J. SIGWALD (*Gazette médicale de France*, T. XLVIII, n° 20, p. 589-593, octobre 1941).

La polynévrite alcoolique a été traitée par la vitamine B₁ après la découverte de similitudes anatomopathologiques avec le bériberi. On a utilisé la thérapeutique par voie rachidienne dans le syndrome de Korsakoff. Les carences associées des polynévrites toxiques ne cèdent qu'aux combinaisons avec les vitamines PP et C. La myélose funiculaire est également curable par la vitamine B₁. Le traitement doit être précoce et intense. Les résultats très divers signalés dans les névralgies, la sclérose latérale amyotrophique, les myopathies, les atrophies musculaires prouvent que ces affections ont des étiologies variables, souvent complexes, qu'elles sont conditionnées par des troubles de l'assimilation encore insuffisamment connus.

P. CARRETTE.

Vitamines et ophtalmologie, par Roger PLEVINAGE (*Gazette médicale de France*, T. XLVIII, n° 20, p. 609-616, octobre 1941).

Les effets des carences vitaminiques sur l'appareil visuel sont multiples et certains sont bien connus. Citons en premier lieu l'héméralopie, symptôme initial de l'avitaminose A. La rétine contient en effet un caroténoïde qui libère la vitamine lipo-soluble sous l'action de la lumière. Autre conséquence de cette carence : la xérophthalmie. L'absence d'ancurine (vitamine B₁) constituerait un facteur décisif des névrites optiques, dites toxiques, et alcooliques en particulier. La riboflavine (vitamine B₂) jouerait un rôle dans la nutrition de la cornée et sa carence serait en cause dans l'apparition de la kératite, du glaucome et de la cataracte. Cette dernière affection a été également liée à la privation d'acide ascorbique (vitamine C), génératrice d'altérations du cristallin et des humeurs. Enfin, l'action hémostatique de cette dernière vitamine doit être évoquée à propos des hémorragies oculaires du scorbut.

P. CARRETTE.

La pyrétothérapie par le vaccin antigonococcique en injections intraveineuses, par Jacques DECOURT (*La Presse médicale*, 17 avril 1943).

Ayant traité une cinquantaine de malades par le vaccin antigonococcique en injections intraveineuses, et cela non seulement dans les complications subaiguës ou chroniques de la blennorrhagie, mais dans diverses affections où la pyrétothérapie était indiquée, M. Jacques Decourt conclut que cette méthode, constante dans ses effets, est parfaitement inoffensive chez des sujets indemnes de toute tare pulmonaire, rénale ou cardio-vasculaire.

Par voie intraveineuse, le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur donne généralement des accès fébriles plus intenses que le vaccin antichancereux. En principe, M. Jacques Decourt pratique l'injection tous les deux jours, provoquant au total 10 ou 12 accès fébriles : un grand frisson se produit trente à quarante-cinq minutes après l'injection et est suivi d'une ascension thermique généralement au-dessus de 40°. Les indications sont celles de toute pyrétothérapie.

C'est dès 1925 que, constatant l'insuffisance des résultats obtenus par la

vaccination sous-cutanée antigonococcique, M. Jacques Decourt eut recours à l'injection intraveineuse du vaccin. Depuis une douzaine d'années, il utilise les injections intraveineuses de vaccin antigonococcique qu'il considère comme un excellent agent pyréthérapique.

René CHARPENTIER.

A propos du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne, par A. BAUDOUIN et A. RÉMOND (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 21 juillet 1942).

Les auteurs apportent les résultats du traitement de 70 malades régulièrement suivis au double point de vue clinique et électro-encéphalographique, et traités pour la plupart par la diphénylhydantoïne libre, associée ou non à de faibles doses de gardénal. Il s'agit de malades préalablement traités par les médications habituelles, le gardénal en particulier, avec résultat à peu près nul. Sur ces 70 malades, 3 seulement ne retirèrent aucun bénéfice du traitement, 19 furent apparemment guéris, 40 très améliorés et 20 légèrement améliorés.

MM. A. Baudouin et A. Rémond concluent de leur expérience que, maniée avec les précautions qui s'imposent, la diphénylhydantoïne ne comporte pas de danger et que les incidents sont réduits au minimum. Excellente médication de l'épilepsie, l'association diphénylhydantoïne-gardénal ne peut cependant pas être considérée comme une panacée. Certains cas réagissent mieux au bromure ou au gardénal. Chaque malade pose un problème thérapeutique qui doit être individuellement résolu.

R. C.

Action cardiovasculaire dépressive exercée par la diphénylhydantoïne et son dérivé sodique par injection intraveineuse, par A. BAUDOUIN et R. HAZARD (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 8 juillet 1941).

Injectés au chien par la voie intraveineuse, la diphénylhydantoïne et le diphénylhydantoïnate de sodium exercent une forte action cardio-inhibitrice (actions inotrope et chronotrope négatives) et hypotensive. Pour des doses faibles, ces phénomènes sont passagers. Ils semblent toutefois assez marqués pour que les auteurs concluent de proscrire entièrement l'emploi de ces produits en injection intraveineuse chez l'homme. Jusqu'ici, d'ailleurs, ils ont été utilisés uniquement par voie buccale.

R. C.

L'épilepsie envisagée du point de vue neuro-chirurgical, par Jean GUILLAUME et Charles RIBADEAU-DUMAS (*Revue médicale française*, mai 1943).

La précision plus grande des moyens actuels d'investigation, les progrès techniques de la neuro-chirurgie, et l'amélioration des résultats obtenus font de l'épilepsie un symptôme de première importance. MM. J. Guillaume et Ch. Ribadeau-Dumas rappellent que dans les cas où la crise survient chez un sujet en état apparent de bonne santé, si l'examen neurologique, l'examen ophtalmologique, et les radiographies ne donnent aucun renseignement positif, la ponction lombaire avec encéphalographie gazeuse par voie lombaire, ou la ventriculographie dans les cas où serait contre-

indiquée la ponction lombaire, apportent d'utiles constatations. Dans un certain nombre de cas l'encéphalographie gazeuse a même une action thérapeutique. Quand la crise d'épilepsie généralisée ou localisée est précédée d'une aura, d'un signal-symptôme, il faut en faire précéder avec soin le caractère, la localisation, de nature à orienter vers une topographie régionale des lésions causales susceptibles d'être traitées chirurgicalement.

L'étude clinique minutieuse, l'analyse de l'aura, l'examen électro-encéphalographique, l'étude radiographique des cavités ventriculaires serviront dans des cas d'épilepsie dite essentielle à délimiter une zone cérébrale suspecte. L'ouverture d'un volet ostéoplastique permettra de découvrir la surface méningo-corticale suspecte et, au besoin, par électrisation méthodique, de mettre en évidence la zone épileptogène dont l'ablation, suivant la méthode de Penfield, pourra donner des résultats thérapeutiques satisfaisants.

René CHARPENTIER.

L'artériotomie temporale comme traitement de la migraine, par Raphaël MASSART (de Saint-Raphaël). (*La Presse médicale*, 1^{er} mai 1943).

Rappelant que Galien, Paul d'Egine, Ambroise Paré pratiquaient déjà avec succès, contre la migraine, l'artériotomie temporale, M. Raphaël Massart rapporte, d'après Malgaigne, qu'Ambroise Paré lui-même fut ainsi guéri de la migraine. Il s'agit là, non pas d'une simple ouverture du vaisseau, mais d'une véritable sympathiectomie temporale et M. Raphaël Massart a pratiqué lui-même la section de l'artère avec disparition consécutive du syndrome migraineux. Cette section coupe des filets sympathiques et interrompt la voie sympathique qui conditionne le syndrome. Ce traitement ancien de la migraine rentre ainsi dans le cadre des opérations modernes sur le sympathique.

René CHARPENTIER.

A propos de la thérapeutique du tétanos, par André PLICHET (*La Presse médicale*, 12 décembre 1942).

Malgré les progrès réalisés, le traitement du tétanos est souvent un problème bien angoissant et la multiplicité des méthodes employées contre le tétanos déclaré suffit à en souligner les difficultés. La séro-vaccination par injection simultanée de sérum antitétanique et d'anatoxine spécifique, suivie de plusieurs injections de celle-ci, évite l'absence d'immunité observée après des injections successives de sérum. De nouvelles solutions pauvres en protéine et riches en antitoxine permettent d'injecter des doses massives de sérum et diminuent sensiblement la fréquence et la gravité des accidents sériques. En cas de tétanos déclaré, il faut injecter, dès le diagnostic posé, une dose unique et massive d'antitoxine tétanique et de l'anatoxine à doses progressives croissantes. Pour ces injections, la préférence est donnée aujourd'hui à la voie intramusculaire, la riche vascularisation du muscle permettant une résorption rapide.

Parmi les méthodes adjuvantes, l'anesthésie sous diverses formes (chloroforme, sompifène, rectanol, etc.), le curare même, ont été employés. Le

rôle de l'anesthésie semble se borner à combattre les contractures, diminuant ainsi considérablement la dépense d'énergie de l'organisme. Simon et Patey ont tenté de réaliser le blocage des voies nerveuses périphériques par des infiltrations anesthésiantes du sympathique, avec d'excellents résultats. De plus, on pourrait faire cesser ainsi le syndrome tétanique, qui se prolonge parfois lorsque l'intoxication tétanique est jugulée. Herding a repris récemment la méthode de Bacelli, un peu oubliée, de traitement par injections d'acide phénique en solution à 2 pour 100.

René CHARPENTIER.

Sur le mécanisme de la mort après infiltration stellaire : probabilité d'injection intra-rachidienne, par L. LANGERON (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 avril 1943).

S'appuyant sur 2 cas personnels par voie antéro-latérale, accompagnés d'une séméiologie très caractéristique, ainsi que sur l'obtention fortuite, par voie antérieure, de liquide céphalo-rachidien, M. L. Langeron pense qu'il s'agit dans ces cas de pénétration du liquide anesthésiques dans le canal rachidien et d'attaque bulbaire. Eviter toute technique qui risquerait d'amener l'aiguille infiltrante dans une situation parallèle au trou de conjugaison ou à son contact.

R. C.

Traitement de la syphilis par l'arsénoxyde, par TORLAIS, FICHEVIN et GERMAIN (*Société de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 11 février 1943).

Les auteurs ont employé l'arsénoxyde chez 27 malades : ils ont noté des incidents veineux (douleur le long de la veine et thrombose partielle) et deux érythèmes. L'action est rapide sur les accidents syphilitiques ; les tréponèmes disparaissent dès la première injection ; le Wassermann est négatif dans 70 à 80 pour 100 des cas.

R. C.

A propos du traitement arsénical de la névrite optique syphilitique, par NANTA et BAZEX (*Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, juin 1942).

MM. Nanta et Bazex rapportent des cas de névrite optique avec atrophie, au cours du tabes, ou de la paralysie générale, dans lesquels les contre-indications absolues à l'égard des pentavalents doivent être levées, ainsi que le signale la thèse de Boutami.

Dans le premier cas, rapporté en 1940, où le traitement par le cyanure avait été inefficace, entre les mains des ophtalmologistes, le stovarsol a été employé avec un succès remarquable, rapide et durable : tandis que d'un côté la vision se réduisait à la perception lumineuse, de l'autre on note $V = 10/10$ depuis 2 ans de traitement mixte au stovarsol et au bismuth.

Dans un second cas d'atrophie post-névritique, au cours de paralysie générale, où la vision était presque abolie, un traitement massif au stovarsol a conduit à une guérison complète au point de vue oculaire.

R. C.

Traitement de la névrite optique syphilitique du type atrophique, par RISER, DUCUING, COUADAU et GÉRAUD (*Société d'oto-neuro-ophthalmologie de Toulouse*, juin 1942).

Ces auteurs donnent les résultats thérapeutiques obtenus par eux, de 1934 à 1941, chez 100 malades.

33 de ces malades furent uniquement traités par le cyanure de Hg à fortes doses répétées chaque année : 30 aveugles, 3 stabilisations. Le bismuth donna des résultats équivalents ; la malariathérapie seule ou associée au Bi ou Hg fut inefficace. Chez 12 sujets traités par le novar, furent obtenues deux récupérations importantes. 9 malades subirent une vaste sympathicotomie péricarotidienne et traitement par le novar avec deux récupérations et deux stabilisations. Le stovarsol sodique à hautes doses aggrava un tabétique, demeura inactif chez deux autres, mais améliora considérablement et rapidement deux névrites optiques graves.

R. C.

Névrite optique atrophique par sulfamidothérapie, par LAEDERICH, MONBRUN, M^{me} DEBAIN et M. LANGE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 février 1943).

Observation d'une femme de 34 ans, atteinte de broncheectasie, qui, à l'occasion d'une congestion pulmonaire grave, absorba 38 gr. de sulfothiazol (2090 RP) en 7 jours. Ce traitement enraya remarquablement l'infection pulmonaire, mais le dernier jour de son application la malade accusa brusquement une grande diminution de l'acuité visuelle. Une névrite optique rétro-bulbaire bilatérale évolua très vite, aboutissant en quelques semaines à l'atrophie papillaire avec cécité complète de l'œil droit et presque complète de l'œil gauche.

Les accidents oculaires de la sulfamidothérapie sont rares et ordinairement bénins ; on ne connaît jusqu'ici qu'un seul cas de névrite optique légère (Bucy) et quelques cas de myopie aiguë transitoire sans gravité. Les auteurs invoquent dans ce cas le rôle très probable d'une sensibilisation provoquée par une prise antérieure de sulfamide, rôle déjà soupçonné dans divers autres accidents de la sulfamidothérapie.

R. C.

Myopie transitoire consécutive à la sulfamidothérapie, par MONBRUN et JOURDY (*Société d'ophthalmologie de Paris*, séance du 20 février 1943).

Femme de 48 ans soumise à une médication sulfamidée à l'occasion d'une pyodermite. Pendant cinq jours consécutifs elle absorba trois comprimés de 20 cg. de rubiazol. Traitement interrompu pendant sept jours. Dès le lendemain de la reprise du sulfamide, apparut une myopie de quatre dioptries aux deux yeux. La vision réduite à 2/10^e était normale avec les verres corrigeant la myopie. Le traitement fut arrêté. La myopie disparut en six jours. Ce cas est à rapprocher de neuf autres cas publiés en France et à l'étranger. Il y a lieu d'attirer l'attention sur la sensibilisation possible. Dans plusieurs des cas publiés, en effet, la myopie est apparue dès la reprise d'un traitement sulfamidé interrompu pendant quelques jours.

R. C.

Paralysie sciatique consécutive à une injection intrafessière de soludagénan, par N. FIESSINGER et DUPUY (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 4 décembre 1942).

Observation d'un cas de paralysie très accentuée du sciatique accompagnée de troubles trophiques intenses, réaction de dégénérescence, et consécutive à une injection de soludagénan pratiquée au voisinage du tronc nerveux, chez un opéré de gastrectomie pour ulcère, atteint de phlébite post-opératoire.

R. C.

A propos de la sulfamidothérapie de l'érythrodermie arsénobenzolique, par GARNIER (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 12 novembre 1942).

Sans nier le rôle de l'infection (et singulièrement du streptocoque) dans l'érythrodermie arsénobenzolique, l'auteur pense que l'arsenic garde une part importante dans l'apparition de cette complication. Il rapporte les observations de deux malades, anciennes érythrodermiques, qui, après une cure sulfamidée récente et massive, ont gardé comme auparavant une intradermo-réaction fortement positive.

R. C.

Action psychosensorielle des sulfamides chez les aviateurs, par G.-F. BONNET (*La Presse médicale*, 3 octobre 1942).

Les troubles généraux provoqués par les sulfamides revêtent au cours des vols en avion un caractère spécial d'une grande importance pratique, car il s'agit de troubles de l'attention dispersée et de troubles oculaires avec perte du sens du relief. Or, la qualité psychologique essentielle du pilote réside dans une diffusion permanente de l'attention, qui ne doit jamais se fixer sur un seul élément au détriment des autres (surveillance de la route, position de l'avion, appareils de contrôle de la navigation et du fonctionnement mécanique, multiples cadrans du tableau de bord, etc.), l'aviateur, dans certains cas seul à bord, devant alors remplir le quadruple rôle de pilote, de navigateur, de mitrailleur et de radio. Le moindre relâchement de l'attention, l'incapacité d'envisager simultanément ces divers éléments, le moindre retard dans les réactions, exposent à de redoutables accidents.

A propos de trois observations (traitement de blennorrhagie par le dagénan), M. Bonnet met en évidence : 1° les troubles neuro-psychiques (diminution de l'attention, difficulté d'exécuter des actes complexes, céphalée ; 2° la perte du sens du relief. Il semble s'agir, dans ces cas, d'une intolérance médicamenteuse avec poussée fugace d'hypertension intra-cranienne, vraisemblablement par œdème cérébro-méningé, ainsi que le donne à penser la stase papillaire.

D'où la nécessité d'interdire momentanément de voler aux pilotes traités par les sulfamides.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 10 janvier 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier aura lieu le *lundi 24 janvier 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 février 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février aura lieu le *lundi 28 février 1944*, à 16 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 mars 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars aura lieu le *lundi 27 mars 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL aura lieu le *lundi 24 avril 1944*, à 10 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES PSYCHOSES DE LA SYPHILIS TERTIAIRE

PAR

ANDRÉ BARBÉ

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Décrites par Fournier sous le nom de *forme mentale* de la syphilis cérébrale, ces psychoses constituent essentiellement ce que nous proposons d'appeler : la *syphilis mentale*, terme analogue à ceux de : syphilis nerveuse, cérébrale ou médullaire. Les symptômes de celle-ci n'ont rien de particulier (Dewey, *Journ. of the amer. méd. assoc.*, oct. 1901) ; ils n'ont aucune symptomatologie spéciale et aucun caractère clinique propre permettant de les différencier de ceux des psychoses organiques ou non (Jallet).

Le mode d'action des lésions, dont elles ne sont que la traduction clinique, n'est plus ici le même que dans les psychoses de la syphilis secondaire. Alors que dans celle-ci, en effet, la syphilis agissait surtout comme une *septicémie* (les symptômes le démontrent), dans la période tertiaire, les lésions paraissent bien donner des symptômes qui leur sont propres et dépendent à la fois de leur nature et de leur localisation. Elles agissent par conséquent d'une façon plus *systématisée*.

Elles *paraissent correspondre* : soit à des *lésions méningées* : méningo-encéphalites ou poussées inflammatoires, diffusion de

la méningite à la convexité et à la base du cerveau (Biancone, *Riv. sperim. di freniat.*, 1910, vol. XXXV, fasc. 2, 3, 4) ; soit à des lésions vasculaires : artérites et endartérites agissant par oblitération (Keraval, *Le Caducée*, févr. 1903), surtout au niveau des petits vaisseaux (Urechia et Elekes, *Encéphale*, 1923), ou par hémorragie ; soit à des lésions parenchymateuses : gommès (Claude et Lévy-Valensi, *L'Encéphale*, janv. 1910) et ramollissements pouvant atteindre toutes les régions du cerveau, y compris la région infundibulo-tubérienne (Agostini, *Ann. dell'Osped psichiat. provinc. di Perrugia*, 1927).

Au point de vue anatomique, il y a donc trois formes : ménigitique, vasculaire et parenchymateuse (Alzheimer) dont l'association constituerait ce que l'on a appelé : la *syphilis cérébrale diffuse*.

Elles peuvent apparaître à une époque très variable : dès le début de la période tertiaire (elles constituent alors les premiers symptômes de celle-ci) ; très tardivement, et à un âge avancé (80 ans dans un cas rapporté par Guiraud et Le Canu, *Ann. méd.-psych.*, 1929, 11), après être restées très longtemps à l'état latent (Urechia et Elekes, *Encéphale*, 1922).

Fréquence. — Leur fréquence est extrême ; évidemment il est bien difficile de donner des chiffres, d'abord à cause de l'incertitude de toutes les statistiques, ensuite parce qu'il y a bien des psychoses dans lesquelles il y a simplement coexistence de troubles mentaux et de syphilis. Cependant, les méthodes biologiques paraissent montrer que la syphilis est (comme dans les psychoses héréditaires) bien plus souvent en jeu qu'on ne le pensait autrefois : c'est ainsi que sur un total de 757 malades aliénés, Hoven a trouvé le Bordet-Wassermann positif dans 135 cas, soit 17,83 %.

En effet, toute syphilis qu'elle soit bénigne ou grave (en apparence ou en réalité) peut engendrer des troubles mentaux ; les syphilis considérées comme bénignes à cause des accidents légers auxquels elles ont donné lieu jusqu'alors, sont peut-être les plus à craindre, du fait qu'elles ont été bien souvent insuffisamment traitées, en se fiant à cette apparence anodine ; et Ravaut a montré que les accidents tardifs apparaissaient souvent après une longue période latente, inconnue cliniquement, mais révélée par une méningite discrète qui serait passée inaperçue sans ponction lombaire.

Il faut maintenant envisager le microbe et le terrain.

Le microbe. — Ainsi que nous l'avons dit, certains auteurs (surtout A. Marie et Levaditi) ont voulu distinguer une syphilis

dermotrope et une syphilis neurotrope, cette dernière étant causée par un tréponème d'une virulence particulière et d'une affinité spéciale pour le système nerveux. Nous n'avons pas à discuter cette opinion ici : cependant du *seul point de vue psychiatrique*, on peut lui objecter : la possibilité d'une coexistence de syphilis neurotrope et dermatrope chez un même sujet (Heuyer et Borel, *Encéphale*, 1921) ; la possibilité d'une syphilis en apparence neurotrope chez plusieurs membres d'une même famille, mais dont l'infection a été puisée à des sources différentes (Mlle Serin et Picard).

Le terrain. — On peut tenir compte de l'influence possible de certaines causes adjuvantes et prédisposantes, telles que les chocs moraux et le surmenage physique et intellectuel, mais il doit en être ici comme dans la paralysie générale où ces causes si facilement invoquées n'ont aucun rôle (Barbé et Sézary). Les intoxications et les infections pourraient avoir plus de valeur, en particulier l'alcool (Costantini, *Nouv. Iconograp. de la Salpêtr.*, mai-juin 1910), mais il faut surtout tenir compte, comme *cause prédisposante*, de l'état mental antérieur du sujet (Benvenuti, *Riv. sperim. di freniat.*, déc. 1931) ; dans ce cas, la syphilis *teinte* le délire (G. Dumas, Targowla, *Ann. de médéc.*, t. XIV, n° 3, sept. et oct. 1923) ; Damaye et Briau (*Progr. médic.*, n° 9, févr. 1926) ont rapporté un cas de débilité mentale paranoïaque dans lequel la syphilis avait donné lieu à un délire à la fois interprétatif et du type persécuté persécuteur. Enfin, on peut admettre l'influence prédisposante du *traumatisme* ; Nonne, sur 3.700 malades observés en 15 ans, n'en avait trouvé que 12 dans lesquels on put incriminer le traumatisme du crâne ou de la moelle comme cause adjuvante probable du tabès, de la paralysie générale ou de la syphilis cérébro-spinale. Un peu plus tard, Zipperling (de Graz) (*Neurol. Centr.*, n° 23, déc. 1911) admettait une plus grande fréquence, disant qu'il est aussi certain que le traumatisme peut provoquer l'évolution aiguë d'accidents syphilitiques déjà existants, qu'il est peu démontré que des accidents spécifiques puissent naître de cette façon chez un syphilitique dont le cerveau est absolument sain.

Plus récemment, l'examen biologique et les suites des blessures de guerre ont permis d'admettre, comme pour la paralysie générale, que dans certains cas, le traumatisme peut, chez un ancien syphilitique, favoriser l'apparition de troubles mentaux. Mais pour admettre l'influence du traumatisme, il faut pouvoir établir d'une façon certaine : que le sujet était spécifique anté-

rieurement, qu'il n'avait pas eu de troubles mentaux avant le traumatisme, et que ces troubles mentaux sont apparus *très rapidement* après celui-ci.

Ces troubles mentaux, constatés presque aussitôt après le traumatisme consistent en : amnésie rétro-antérograde, perte de la mémoire de fixation, apathie, indifférence, insomnie, délire d'influence systématique avec automatisme mental, hallucinations auditives verbales, symptômes qui s'accompagnent de vertiges, d'algies, d'hémiparésie corticale, d'épilepsie généralisée et de réactions biologiques positives (Chauffard, Vernand, Babonneix, *Ann. des mal. vénér.*, an XXIV, n° 1, janv. 1929 ; Urechia et Goldenberg, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1928 ; Capgras et Briau, *Soc. clin. de méd. ment.*, déc. 1926 ; Urechia et Mihalescu, *Revue neurolog.*, 1927, I ; Babonneix, Urechia et Mihalescu, *Soc. de neurol.*, févr. 1927).

PÉRIODE PRODROMIQUE

Celle-ci est souvent très longue. Elle se traduit par *des troubles psychiques* : céphalée, psychasthénie, neurasthénie, asthénie, troubles de la mémoire, torpeur intellectuelle, alternatives d'excitation et de dépression, exagération des défauts du caractère, de la manière d'être morale, avec oubli des convenances, et même réactions médico-légales. Ces états n'ont, comme on ne saurait trop le répéter, aucune individualité psychique : ils peuvent simuler l'excitation et la dépression de certaines formes de paralysie générale au début (Lebret, Chaslin, Merklen et Devaux, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, juin 1925). La démence peut apparaître *d'emblée* caractérisée par une perte de l'affectivité, de la torpeur, de l'apathie intellectuelle, une mémoire surtout paresseuse (Lépine, *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, nov. 1911 ; *Lyon médical*, déc. 1911 ; Frigirio, *V^e Congr. de la Soc. ital. de neurol.* ; *Riv. de pat. nerv. e ment.*, janv. 1922), A ces troubles mentaux se joignent des *troubles physiques* : amblyopie, crises anxieuses transitoires avec vertiges pouvant faire croire à de l'épilepsie et à de l'angine de poitrine (A. Marie et Chatagnon, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1927).

PÉRIODE D'ÉTAT

Signes psychiques. — Mairet considérait quatre formes : forme simple, forme dementielle, forme dementielle avec paralysie localisée, forme dementielle avec paralysie généralisée.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que le type clinique fondamental de cette période d'état est la *confusion mentale*, car la « syphilis du cerveau peut amener des troubles où la confusion mentale primitive joue un rôle prépondérant » (Chaslin), opinion confirmée par Régis, Kræpelin, Marcus (de Stockholm), *Réun. neurol. ann.*, juillet 1920, et Plaut. *Il n'y a pas d'état démentiel* (Birnbäum, *All. zf. psych. u. neurol.*, 1908, fasc. 3, vol. LXV). A ce moment, les syndromes présentent tous les caractères des psychoses d'intoxication (Angiolella et Galdi) ; la syphilis ne leur donne aucun caractère spécial ; on peut observer soit le délire aigu (délire hallucinatoire agité et violent), soit, ce qui est le plus fréquent, des états d'excitation ou de dépression accompagnant l'état confusionnel : l'affectivité devient obtuse, le malade est indifférent, il y a perte du pouvoir d'attention et perte de la faculté de fixation.

Cette *pseudo-démence*, caractérisée par un affaiblissement intellectuel consécutif à des *ictus* et survenant d'emblée ou se rattachant à des accès d'agitation, de confusion mentale hallucinatoire, de dépression mélancolique, peut s'accompagner d'*amnésie* à prédominance antérograde portant sur les faits anciens et les faits récents (Claude (Henri) et Lévy-Valensi, *Encéphale*, 1911, I), ou encore d'*amnésie parcellaire ou lacunaire* (Claude (Henri) et Schaeffer (H.), *Encéphale*, 1911, II) avec désorientation complète, conservation de l'auto-critique sans désagrégation complète de la personnalité. L'amnésie peut coexister avec un syndrome presbyophrénique de Kahlbaum-Wernicke (Targowla). On peut voir également survenir de l'agnosie et de l'apraxie, et c'est à propos de ces cas que l'on peut prononcer le nom de *syphilis cérébrale diffuse* (Ladame, *Encéphale*, 1907, II ; XVII^e Congr. des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç., août 1907).

La maladie progresse par poussées successives, avec attaques apoplectiformes ; il y a une bonne conservation de la personnalité, une certaine conscience de l'état de maladie ; l'orientation dans le temps et le lieu est parfaite, mais les acquisitions antérieures sont atténuées, et les fonctions de vie supérieures sont presque toujours réduites à zéro.

A ces troubles se joignent de la céphalée, de l'indifférence, de l'apathie, de la dépression, de la sensiblerie, du désordre des actes, de l'obtusion, une humeur capricieuse, enfantine, de l'irritabilité, des poussées d'excitation, parfois des idées délirantes et des hallucinations, s'accompagnant de *symptômes de lésions en foyer*.

Cette forme confusionnelle de la syphilis mentale se présente

le plus souvent sous l'une des formes subaiguë, dépressive, pseudo-déméntielle ; cette dernière est de beaucoup la plus commune. Nous les retrouverons à l'étude des *formes cliniques*. Parfois, cependant, on voit apparaître d'emblée et dès cette période un *état démentiel* simulant la paralysie générale.

Signes physiques. — La multiplicité de ceux-ci montre que le tréponème, tout en provoquant des désordres intellectuels, peut se localiser sur tout l'axe encéphalo-médullaire et donner lieu à des syndromes extrêmement complexes.

A la suite d'*ictus parétiques localisés*, on peut voir de l'hémiplégie, de l'aphasie (Chaslin), des accidents apoplectiques (Lamy), des troubles de la parole avec dysarthrie, une paraplégie flasque (Targowla et Mlle Serin, *Encéphale*, 1927), des contractures (Laignel-Lavastine, Kahn et Benon). En même temps, on peut observer des *signes généraux* : mauvais état général, fièvre (Strassmann) et des *signes biologiques* (réactions humorales positives dans le liquide céphalo-rachidien). Mais ces lésions d'origine syphilitique peuvent être associées à des *lésions non syphilitiques*, telles que la sclérose en plaques (Claude et Targowla, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, janv. 1925), ce qui rend parfois le diagnostic très difficile. Les réflexes tendineux peuvent être exagérés, diminués ou abolis (Buttino, *Riv. di patol. nerv. e ment.*, oct. 1906). Les *troubles sensitifs* sont ceux des névrites périphériques ; enfin on a signalé d'*autres accidents* tels que le vitiligo (Laignel-Lavastine et Vié, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, févr. 1927 ; Pacheco e Silva et de Souza e Silva, *Mém. di hospit. de Juquery*, São Paulo, an II, n° 2, 1925).

Quatre variétés de troubles physiques doivent être maintenant étudiées à part ; ce sont : les *troubles convulsifs*, les *troubles oculaires*, le *syndrome parkinsonien*, la *démence pseudo-bulbaire*.

Troubles convulsifs. — La syphilis peut les provoquer d'une façon mécanique, toxi-infectieuse, ou tardivement par des lésions qui restent épileptogènes (Prat, *Ann. de la Fac. de méd. de Montevideo*, t. V, févr. 1921). L'état convulsif est causé par des lésions osseuses (action mécanique, compression) (Marchand et Bauer, *Soc. clin. de médec. ment.*, déc. 1925 ; Delasiauve), *méningées* (Ardin-Delteil et Lévy-Valensi, *Sud méd. et chir.*, avril 1927 ; Ségla, *Encéphale*, 1909, an IV, n° 10) ; *vasculaires* : endartérites Leroy et Guiraud, *Soc. clin. de médec. ment.*, mars 1927) ; *parenchymateuses* : raréfaction des fibres tangentiellles (Leroy et Guiraud). L'épilepsie peut être généralisée ou localisée (bravais-jacksonienne), elle peut s'accompagner de troubles mentaux (Ségla)

avec amnésie rétro-antérograde, sans confabulation ni délire, état de confusion entretenu par les accès épileptiques, absence, égarment complet, irritabilité, collectionisme, malpropreté ; *évoluer vers une démence* semblable à celle des vieux épileptiques ; s'accompagner de *troubles physiques* tels qu'hémiplégie avec contractions (Chaslin) ; coexister avec des *signes biologiques* (lymphocytose). Elle évolue vers la démence (Christian, *Ann. méd.-psychol.*, août 1897 ; Séglas) et peut se terminer par un état de mal (Séglas).

Troubles oculaires. — Ceux-ci peuvent atteindre : la *musculature extrinsèque* : ptosis, strabisme, paralysie de la III^e paire, et même syndrome de Weber, signalé par Bahia (*Arquivo médico*, 1914), Magalhaes-Lemos (*Arquivo méd. de Lisbonne*, 1914) ; et la *musculature intrinsèque* : les pupilles peuvent être : *inégales*, l'inégalité est un symptôme fréquent et Bianchi (*Riv. sperim. di freniat*, janv. 1921) a signalé la grosse prédominance à droite de la mydriase ; *irrégulières* ; *rigides à la lumière*, c'est le signe d'Argyll-Robertson que Gjuric (*Soc. psycho-neurol. de Prague*, janv. 1928) a vu dans un cas de syphilis acquise dans la première enfance et présentant l'aspect de la syphilis héréditaire tardive.

Syndromc parkinsonien. — L'origine spécifique de certains symptômes parkinsoniens est mise en évidence par les réactions humorales ; ces symptômes peuvent s'accompagner de *troubles psychiques* : affaiblissement intellectuel, délire, dépression avec idées hypocondriaques (Lafora, *Arch. de neurobiologia*, t. III, n° 3 ; Demay et Petithory, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1923 ; Schaeffer et Boulanger-Pilet, *Soc. de neurol.*, nov. 1922 ; Toulouse, Marchand, Bauer et Male, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1926).

Démence pseudo-bulbaire. — Il existe une *démence pseudo-bulbaire syphilitique* caractérisée par : un *état dementiel* ; ici, la démence se rapproche de la démence sénile ; et un *état pseudo-bulbaire*, avec hypertonie généralisée, catalepsie, lenteur des mouvements, perte de l'automatisme primaire, troubles de la déglutition et de l'articulation des mots, réactions positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (Foix et Chavany, *Presse médic.*, n° 49, juin 1926 ; Dereux et Porcher, *Soc. de neurol. de Paris*, 3 nov. 1927 ; Lhermitte, *Soc. de neurol.*, 4 mai 1922).

Signes biologiques. — (Raynaud, Lacroix, Béraud et Boutin, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, n° 2, 11 févr. 1926 ; Chevallier Paul, *Gazette des hôp.*, an XCIX, n°s 19, 21 et 23, mars 1926 ; Foix et Bloch, *Gazette des hôp.*, juin et juill. 1912 ; Cénac,

Bull. de la Soc. clin. de méd. ment., 1923). Il est indispensable de pratiquer une ponction lombaire :

chez tout sujet ayant eu la syphilis et présentant des troubles mentaux, afin de savoir s'il y a un rapport de cause à effet entre celle-ci et ceux-là ;

chez tout sujet présentant des troubles mentaux, puisque la ponction lombaire seule révèle souvent la nature syphilitique de ces troubles ;

pour permettre d'observer les modifications biologiques qui peuvent survenir sous l'influence du traitement (Mouna da Costa, *Congr. jubilaire de la Soc. de méd. ment. de Belgique, Gand-Bruxelles*, sept. 1920).

La nécessité de ces examens biologiques est confirmée par les statistiques, car bien des cas de syphilis mentale seraient, sans eux, passés inaperçus et c'est grâce à la biologie que l'on a pu déterminer la nature syphilitique des troubles mentaux dans une proportion de 17 % suivant Hoven, de 24,78 % suivant A. Marie, de 29 % suivant Noguchi, et 24,95 % suivant Mackensie.

Certains auteurs font cependant des réserves : c'est ainsi que Dahlstrom et Wideroe (*Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Psych.*, vol. LXXII, 1921) ont trouvé le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien positif dans la ponction lombaire, et négatif dans les ventricules latéraux, et que Dide (*Soc. de Neurol.*, janv. 1912) a trouvé le Bordet-Wassermann et le benjoin colloïdal positifs dans la confusion mentale ; il est vrai que l'on peut se demander à propos de ce dernier cas, s'il ne s'agissait pas simplement de méningite syphilitique avec troubles mentaux.

Réaction de Bordet-Wassermann. — Sotta (*Neurologica*, juil.-août 1924) ; Hoven, Dublineau (*Soc. méd.-psych.*, nov. 1935) ; Dujardin et Titeca (*Congr. des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, juillet 1936) ; Dujardin et Martin (*Soc. belge de Neurol.*, févr. 1937) signalent son extrême fréquence positive en psychiatrie ; Rosanoff estime que son absence régulière dans les psychoses par infection syphilitique ancienne, prouve que ces lésions doivent être considérées comme des séquelles de syphilis, et que le processus syphilitique lui-même est déjà arrêté.

Réaction de Hecht. — Montval estime que cette réaction donne des résultats comparables à ceux du Bordet-Wassermann.

Réaction de Lange à l'or colloïdal, préconisée par Mutermilch (*Réun. biolog. neuro.-psychiat.*, 5 juin 1923) ; Rodriguez Arias et

Catasus (*Congr. de Barcelone*, 1929) ; elle serait plus sensible que celle du benjoin.

Réaction du benjoin colloïdal. — Cénac considère qu'elle est la réaction de choix dans les cas de syphilis nerveuse.

Réaction de Noguchi (à l'acide butyrique). Euzière, Mestrezat et Roger (*Encéphale*, 1911, II) disent que lorsque le liquide céphalo-rachidien présente une hyperalbuminose réelle, la réaction négative peut faire écarter le diagnostic de syphilis ; lorsque le liquide présente une albuminose marquée, la réaction positive ne prouve rien ; lorsque le liquide présente une albuminose normale ou peu élevée, une réaction positive, sans être tout à fait concluante, est une indication en faveur de la syphilis.

Réaction au molybdate d'ammoniaque qui serait d'après Ameer Khan (*The State Hosp Quaterly*, vol. XI, n° 1, nov. 1925) une méthode simple et instantanée.

Leucocytose. — Sézary (*Gazette des Hôp.*, oct. 1912) distingue plusieurs variétés dans la leucocytose chronique du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. Dans les variétés se rapportant au sujet qui nous occupe, il envisage :

1° la leucocytose chronique de la période tertiaire, concomitante d'une affection nerveuse spécifique ;

2° la leucocytose métasyphilitique ou résiduelle persistant alors que la lésion a fini d'évoluer et est devenue cicatricielle ;

3) la leucocytose para-syphilitique s'accompagnant d'une affection nerveuse, telle que le tabès ou la paralysie générale, et qui relève d'une méningite irritative ;

4° la leucocytose isolée et incurable.

Il estime que la formule cytologique ne peut être un critérium décisif pour distinguer ces différentes variétés. Mais la leucocytose peut faire défaut, même quand il s'agit de troubles mentaux relevant de lésions certainement syphilitiques (Pierre Kahn et Mercier, *Soc. de Psychiat. de Paris*, oct. 1912). Pour expliquer ces faits, Rosanoff a émis l'hypothèse qu'une absence régulière de lymphocytose dans les psychoses par infection syphilitique ancienne prouve que ces lésions doivent être considérées comme des séquelles de syphilis et que le processus syphilitique lui-même est déjà irrité. D'ailleurs, cette leucocytose ne paraît pas la seule formule cytologique du liquide céphalo-rachidien en présence d'une infection ; en effet, en employant la méthode de l'imprégnation vitale, par la coloration pyronine vert de méthyle, Ravaut et Boulin (*Presse médic.*, an XXXVI, B. 56, 14 juill. 1928)

ont trouvé une richesse morphologique insoupçonnée de cellules dans le liquide céphalo-rachidien ; ceci permet d'indiquer si l'on se trouve en présence d'un processus aigu, actif, grave en évolution, ou d'un processus en voie d'extinction ; cette méthode aurait la valeur d'une *véritable biopsie*.

EVOLUTION

Celle-ci est subordonnée à celle de la *lésion cérébrale syphilitique*. Comme le fait observer Régis, les *troubles psychiques* s'améliorent avec elle, s'exacerbent avec ses recrudescences, et prennent une allure aiguë quand le processus anatomique est aigu, ce qui expliquerait la *guérison*, la *mort*, ou le passage à l'*état chronique*, c'est-à-dire *déméntiel*.

La *guérison* est le mode d'évolution le plus fréquent, mais, en général, ces troubles psychiques laissent derrière eux un déficit, une déchéance intellectuelle avec ou sans coexistence de troubles mentaux surajoutés. Comme le dit Wunderlich « la syphilis imprime au cerveau un caractère indélébile ». Ces reliquats seront étudiés plus loin.

La *mort* est brusque ou lente, survenant à la suite d'un ictus, d'une complication : intercurrente (Biancone), nerveuse, ou mort en état de mal (Séglas).

Mais c'est le *passage à l'état chronique*, démentiel qui est de beaucoup le plus important. On a vu que le symptôme fondamental des psychoses de la période tertiaire était la *confusion mentale*. Celle-ci, qu'elle soit accompagnée ou non d'autres symptômes psychiques et physiques, peut en effet évoluer vers un *état démentiel* dans lequel Laignel-Lavastine (XVII^e Congr. intern. de médéc., Londres, août 1913 ; *Rev. de psych.*, janv. 1914, n° 1) considère quatre types anatomo-cliniques. L'évolution de cet état peut se faire : vers un état démentiel simple ; vers la démence hébéphrénocatatonique ; vers la psychose systématisée hallucinatoire.

Evolution vers un état démentiel simple. — Il s'agit alors d'une confusion mentale à forme méningitique (Chaslin) s'accompagnant d'émotivité, d'euphorie, de diminution de la mémoire, de perte de la faculté de fixation (Birnbaum *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, LXV, 3, 1908), d'émoussement des sentiments affectifs, d'indifférence morale et d'idées délirantes, généralement mélancoliques ou de persécution mal systématisées. Sur ce fond mental peuvent venir se greffer des accès d'agitation et de confusion hallucina-

toire, avec hallucinations visuelles et auditives. Cet affaiblissement intellectuel qui est souvent consécutif à des ictus (Birnbäum) peut aboutir à une démence rapide et globale (Babonneix et David, *Revue neurol.*, 1917, 11), avec déchéance profonde : c'est la terminaison du délire infectieux syphilitique (Chaslin). Mais parfois l'intelligence a des retours inattendus ; fréquemment le malade a conscience de son état : il conserve, même dans la démence grave, sa mémoire, sa faculté de fixation, sa vivacité intellectuelle, son orientation dans le temps, le lieu et le milieu ; par moments, son intelligence semble être ce qu'elle était jadis (Fouckh), et ceci a une grosse importance pour le *diagnostic différentiel* de ces états avec la *paralysie générale*.

Cette démence simple peut s'accompagner de *troubles physiques* : ophtalmoplégie (Vigouroux et Charpentier, *Ann. méd.-psych.*, mars 1904), lésions en foyer (Christian, *France Médicale*, août 1898), ramollissements cérébraux multiples (Laignel-Lavastine, Kahn et Benon, *Soc. de psychiat. de Paris*, mai 1911).

Evolution vers la démence hébéphrénocatatonique. — Ce terme concerne uniquement ici les rapports entre la syphilis et l'hébéphrénocatatonie (Ribeiro Conrado, *Arch. brasileiros neuriat. e psych.*, juillet-déc. 1921 ; Almeida, *Arch. brasileiros neurit. e psych.*, juill.-sept. 1919 ; Carrette et Lamache, *Bull. de la Soc. clin. de médéc. ment.*, 1925 ; Tcharnetzky, *Psych. (russe) contempor.*, mars-avril 1910), c'est pourquoi nous réunissons sous ce titre les états décrits sous le nom de démence précoce, schizophrénie, hébéphrénie et catatonie ; l'état paranoïde, à cause de sa symptomatologie si spéciale, sera étudié à propos des formes cliniques.

L'hébéphrénocatatonie apparaît de plus en plus comme un syndrome d'origine infectieuse. La syphilis peut donc le provoquer au même titre que les autres infections, et la catatonie serait ainsi, dans certains cas, une localisation du tréponème sur une partie du névraxe : il y aurait une *catatonie syphilitique*, forme de démence précoce acquise et déterminée par l'infection syphilitique (Marchand, Abély et Bauer, *La Presse médic.*, mars 1926). Pour justifier cette origine syphilitique possible de la catatonie, très rare d'après Greene (*Amer. Journ. of psych.*, janv. 1922, vol. I, n° 3), on fait valoir : les antécédents personnels syphilitiques, son apparition de 2 à 12 ans après la contamination, les réactions biologiques fréquemment positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, un parallélisme entre l'évolution des symptômes nerveux et ceux de la syphilis (Villaverde), *Arch. de neurobiolo-*

gie de Madrid, sept. 1920), son apparition dans le décours de la syphilis cérébrale (Urechia et Rusdea, *Encéphale*, déc. 1921). Ces états caractérisés au point de vue anatomique par une *encéphalopathie atrophique neuro-épithéliale* (Laignel-Lavastine et Barbé, *Soc. de psych. de Paris*, déc. 1913) peuvent être associés aux symptômes de la *syphilis cérébrale* (Claude et Baruk, *Soc. méd.-psych.*, mai 1929) ; ils peuvent s'accompagner de délire de négation (Vallon et Parant, *Encéphale*, 1921), et de syndrome de Cotard. Ils sont souvent associés à des *troubles physiques* : modification des réflexes tendineux, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson sans ictus épileptiforme ou apoplectiforme, ni embarras de la parole (Marchand, *Soc. clin. de méd. ment.*, mars 1925 ; *Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, Paris, mai-juin 1925).

L'étude des *réactions humores* montre une réaction méningée (Laignel-Lavastine et Barbé) avec hyper-albuminose, mais ces réactions humores, positives au début, peuvent devenir spontanément négatives (Marchand) en sorte que la localisation intra-cérébrale de la syphilis provoquerait un syndrome catatonique sans réaction méningée. C'est ce qui a permis à Roubinovitch et Levaditi (*Soc. de biologie*, mai 1909 ; *Gazette des hôp.*, juin 1909) de conclure que la syphilis ne jouait pas un rôle étiologique dans le développement de la démence précoce.

Evolution vers la psychose systématisée hallucinatoire. — Nous envisagerons sous ce nom le *délire hallucinatoire systématisé*, dans ses rapports avec la syphilis, après avoir dit quelques mots de l'hallucinosité et de l'automatisme mental dont l'étude s'y rattache.

L'*hallucinosité* (c'est-à-dire l'hallucination le plus souvent auditive ne s'accompagnant d'aucun délire systématisé) peut se voir chez les syphilitiques. Plaut distingue les hallucinosités aiguës et les hallucinosités chroniques. Les premières s'accompagnent d'anxiété, sans troubles importants de la conscience, d'idées de persécution peu ou mal systématisées, d'hallucinations (surtout de l'ouïe) et d'une excitation psycho-motrice d'intensité moyenne. Dans les secondes, la conscience n'est pas troublée, les hallucinations (symptôme prédominant) s'accompagnent de quelques idées de persécution, mais sans systématisation. Il y a un sentiment de la maladie, avec parfois doute sur la réalité des hallucinations, anxiété, pas d'affaiblissement intellectuel, tendance à l'isolement.

L'*automatisme mental* est la pensée extériorisée et non recon nue (Heuyer, *Ann. méd.-psych.*, 1926, II). Il a été étudié dans ses

rapports avec la syphilis par Heuyer, Heuyer et Sizaret (*Encéphale*, 1926), Heuyer et Le Guillant (*Encéphale*, 1929). Noyau des psychoses chroniques, il a une *origine organique* et son existence au cours des affections spécifiques du névraxe en est une preuve ; il peut survenir en même temps que d'autres troubles chez un syphilitique et disparaître à la suite d'un traitement spécifique intensif.

Quant à la *psychose systématisée hallucinatoire d'origine syphilitique*, elle ne présente rien de spécial en ce qui concerne son origine ; il peut d'ailleurs y avoir une simple coïncidence entre les deux états (Claude, Targowla et Daüssy, *Encéphale*, 1927). Elle se traduit par des idées de persécution, des hallucinations auditives, des troubles cénesthésiques, des idées de possession et d'influence, avec prise de la pensée (Heuyer et Sizaret), quelques interprétations, mais pas de signes d'affaiblissement intellectuel (Sengès, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1927-28). Cette psychose s'accompagne parfois de *signes physiques* (Sengès) tels que troubles pupillaires (Lévy Fernand et Ogliastri, *Gazette des hôp.*, an XCIX, n° 38, mai 1926) et de *syndrome humoral* positif (Targowla, Targowla et Mlle Serin, *Encéphale*, 1927) avec grosse lymphocytose (Laignel-Lavastine et Pierre Kahn, *Encéphale*, 1925) ; le syndrome humoral peut devenir négatif (Codet, *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1920).

FORMES CLINIQUES

Aujourd'hui, on décrit (Arsimoles et Halberstadt, *Rev. neur.*, nov. 1912) : une *forme pseudo-déméntielle ou confusionnette* ; une *forme périodique* (excitation, dépression) ; et une *forme paranoïde* (délire plus ou moins systématisé).

Forme pseudo-déméntielle ou confusionnette avec délire. — Elle se rapproche par certains points des formes qui évoluent vers un *état démentiel* : elle est, de beaucoup, la plus commune (Régis).

Son *début* est brusque, se manifestant par de l'insomnie, parfois de l'anxiété, du délire onirique (Targowla et Mlle Pezé) et une agitation psycho-motrice intense.

La *période d'état* (Arsimoles et Halberstadt, Rogues de Fursac) se traduit par de l'*obtusion*, de la *désorientation* et une *inconscience de la réalité*, mais pas toujours, car il y a parfois une bonne conservation de la personnalité avec conscience de l'état de maladie très nette et persistante (Ladame) ; de la *torpeur* très marquée des facultés ; de l'*hébétude* avec anesthésie affective et

apathie intellectuelle. Chose curieuse, si l'on tire ces malades de leur torpeur, ils manifestent une logique normale (Lépine). L'*affectivité* est diminuée (Claude et Lévy-Valensi). L'*amnésie*, profonde, peut être partielle, avec prédominance antérograde (Claude et Lévy-Valensi) s'accompagnant de perte totale de la faculté de faire un calcul ou de parler une langue étrangère (Krafft Ebing). Cette amnésie peut se manifester sous la forme d'une *amnésie avec syndrome de Korsakoff* : amnésie avec désorientation, fabulation, névrite périphérique. On la croyait toujours d'origine alcoolique : en réalité, elle peut se voir dans toutes les intoxications et les infections (Goland et Mouschkine, *Sbornik po psychonevroz.*, Rostov/Don, 1928) et l'on peut même observer le *syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure* (Chaslin et Portocalis, *Journ. de psych. norm. et pathol.*, juill.-août 1908). A ces symptômes s'ajoutent de l'incohérence avec désorientation, de la stupidité, du gâtisme et de nombreuses hallucinations visuelles et auditives : il s'agit là d'un état hallucinatoire intense avec phénomènes de dédoublement et de transformation de la personnalité psychique (Targowla et Mlle Pezé) ; les malades paraissent brusquement plongés dans une démence irrémédiable.

L'*évolution* est généralement courte ; elle dure de quelques heures à quelques jours, est nettement épisodique et demeure stationnaire à moins que de nouvelles poussées ne viennent faire progresser l'affaiblissement intellectuel (Binswanger, *Diss. Goettingen*, 1878).

Le *diagnostic* de cette forme est d'autant plus difficile qu'elle n'a aucun symptôme particulier imposant le diagnostic d'état syphilitique ; cependant, par l'ensemble de leurs caractères et par l'intensité de l'infection, certains signes peuvent être interprétés comme des équivalents psychiques de l'épilepsie syphilitique. Les antécédents du malade, l'état physique et les examens biologiques permettront de la distinguer des tumeurs cérébrales, du mal de Bright, de l'urémie, des traumatismes crâniens et de la paralysie générale.

Forme périodique (excitation-dépression). — S'il est possible de voir cette forme causée par la syphilis, par contre la coexistence de psychose périodique et de syphilis cérébrale est possible, sans lien de causalité, ce qui en rend l'interprétation et le diagnostic difficiles (Dupré et René Charpentier, *Encéphale*, 1909, I).

La *forme dépressive* se traduit par un état d'asthénie généralisée ou d'anxiété (Mosny et Barat, *Soc. de psych. de Paris*, mai 1910) avec parfois un délire à prédominance d'idées hypocon-

driaques, de persécution ou d'empoisonnement, des hallucinations confuses de l'ouïe, du goût et de l'odorat (Régis), pouvant prendre le caractère des *hallucinoses* (Plaut). A ces troubles se joignent souvent du refus d'aliments, des idées de suicide, le tout évoluant sur un fond mental d'hébétude et même de démente.

La *forme expansive* se manifeste par de l'excitation maniaque (Dupré et René Charpentier) avec suractivité psychique, optimisme, délire vaniteux (Régis), quelques idées de grandeur, parfois systématisées et de longue durée, ce qui démontre bien l'affaiblissement intellectuel du sujet. L'empreinte donnée par l'obtusion mentale fait que les conceptions ont un caractère d'enfantillage et d'absurdité très net.

Le *diagnostic* de cette forme périodique se fait par l'évolution qui montre habituellement un parallélisme entre l'état psychique et l'état organique. Pour établir ce diagnostic, il faut analyser individuellement chaque cas, penser à la possibilité d'une méningite chronique syphilitique survenant au cours de la psychose périodique (Dupré et René Charpentier) ; se baser sur l'absence d'hallucinations auditives et visuelles vraies, la marche rémittente de la maladie, l'aphasie motrice transitoire qui se montre dès le début (Postowski, *Soc. de neurol. et de psych. de Moscou*, déc. 1895), l'évolution, les commémoratifs, l'apparition de l'accès psychotique avec ictus, la corrélation entre les symptômes et la syphilis avérée, l'efficacité du traitement spécifique, les symptômes neurologiques (signe d'Argyll-Robertson), les réactions biologiques dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien : albuminose et lymphocytose de ce dernier (Truelle et Prugniaud, *Soc. clin. de méd. ment.*, juin 1926). Mais le diagnostic le plus important est celui de la paralysie générale, diagnostic difficile sur lequel nous aurons à revenir.

Forme paranoïde. — Cette forme, dont nous avons déjà parlé, est essentiellement constituée par un délire hallucinatoire plus ou moins systématisé ; elle est souvent d'origine syphilitique (Kräepelin).

Le *début* en est lent et progressif, ou brusque avec des ictus.

A la *période d'état*, l'orientation est bonne avec de courtes phases épisodiques ; la mémoire est intacte ; le délire se développe en général rapidement ; il est pauvre, se manifestant par des idées de persécution, de grandeur, de jalousie et d'influence (Abély et Bauer, *Soc. clin. de méd. ment.*, juin 1925). Les hallucinations auditives, visuelles, olfactives et gustatives, s'accompagnent de troubles de la personnalité, d'une certaine conscience de la mala-

die avec indifférence pour l'entourage. Ces malades sont calmes, corrects avec des colères brusques et violentes de courte durée ; il y a parfois des ictus ; les signes biologiques sont positifs.

L'évolution en est lente, coupée de rémissions ; puis apparaît une démence profonde, avec des grimaces et des stéréotypies. On peut également observer du négativisme, de la flexibilité cireuse, une indifférence affective, des états épisodiques de stupeur.

Le *diagnostic* est souvent très difficile : cette forme, qui s'apparente par bien des points avec la forme hétérocatatonique (Laignel-Lavastine), devra surtout être distinguée de la paralysie générale. On se souviendra que l'intensité des hallucinations est un signe de présomption en faveur de la syphilis cérébrale.

Avant de terminer l'étude de ces formes cliniques, nous devons dire quelques mots des *troubles mentaux des tabétiques*.

Ceux-ci peuvent être *élémentaires* : tristesse, hypocondrie, irritabilité, et la syphilis n'y jouerait, d'après Jasienski (*Ann. des mal. vénér.*, mai 1931, n° 5), aucun rôle direct ; ou *plus accentués* : ce sont : les psychoses tabétiques proprement dites, dont les formes caractéristiques sont les formes paranoïdes consistant en troubles du caractère (Urechia, *Encéphale*, mai 1922, n° 5), et accidents d'origine sensitive ou sensorielle, avec agitation, confusion, hébétude, déficit intellectuel, évoluant vers la démence (Jasienski). L'association du tabès avec des psychoses diverses et la démence syphilitique est possible ; on peut également observer l'association du tabès avec la paralysie générale (Durand-Saladin et Desport, *Soc. clin. de méd. ment.*, juin 1925 ; Claude, *Encéphale*, déc. 1912), l'épilepsie et l'aphasie de Wernicke, ce qui, dans le cas publié par Capgras et Mlle Cullerre (*Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 1925), indiquerait qu'il s'agit surtout d'une syphilis du névraxe.

L'évolution de ces troubles est généralement très lente ; le diagnostic en sera basé sur l'état mental, les signes organiques, le syndrome humoral, le traitement d'épreuve (Jasienski).

DIAGNOSTIC

Le *diagnostic positif* est d'autant plus délicat que, dans bien des cas, il n'y a pas de manifestations de la syphilis. Ce diagnostic sera basé sur : *les antécédents* ; *la forme même des troubles psychiques* en se rappelant qu'il n'y a ni trouble mental, ni syndrome qui soient pathognomoniques d'une infection syphilitique du système nerveux (Barnes, *Am. J. of insan.*, avril 1912) ; *les*

signes neurologiques : importance des troubles oculaires, qu'il s'agisse de paresse pupillaire (Guillercy, *Congr. des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, juillet 1936) ou de signe d'Argyll-Robertson ; hémiplégie, aphasie, troubles sensitifs et réflexes ; *l'efficacité du traitement spécifique* ; *les méthodes biologiques* (Erb, *Congr. annuel des neurol. allemands*, Heidelberg, oct. 1908).

Mais ce qui rend ce diagnostic particulièrement délicat, c'est que non seulement, comme on ne saurait trop le répéter, la syphilis mentale n'a pas de symptômes pathognomoniques, mais encore qu'il y a très souvent coexistence de syphilis et de troubles mentaux, sans que ceux-ci reconnaissent celle-là pour origine.

Le *diagnostic différentiel* devra se faire :

A la *période de début*, avec toutes les causes de la *confusion mentale*, c'est-à-dire avec toutes les intoxications et les infections ; la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est un signe capital, mais elle n'est pas pathognomonique de la syphilis mentale, car elle se rencontre dans d'autres états d'origine syphilitique, tels que le tabès, la paralysie générale, les méningites (Chaslin).

A la *période d'état*, ce diagnostic différentiel doit être étudié séparément, suivant qu'il s'agit de la forme simple, de la forme périodique ou de la forme démentielle. Sous ce dernier terme, nous comprendrons les états d'affaiblissement intellectuel d'origine syphilitique, qu'ils soient apparus d'emblée ou au cours de l'évolution d'une psychose.

La *forme simple*, c'est-à-dire celle qui s'accompagne surtout d'affaiblissement intellectuel, sera diagnostiquée par les anamnestiques, les symptômes syphilitiques divers, cutanés, nerveux ou autres, le déficit intellectuel, les troubles de la mémoire, la lenteur dans l'évocation des souvenirs, la désorientation dans le temps, une auto-critique assez bonne (Claude et Schaeffer, *Finckh, Congr. des méd. et natur. allemands*, sept. 1906 ; *Atschrift für psychiat.*, 1907, I), une affectivité conservée, une émotivité exagérée avec accès de pleurs pour des causes futiles, des symptômes physiques tels que les troubles pupillaires (Biancone) et des *symptômes biologiques*. Ces derniers seuls aideront à faire le diagnostic de la cause et de la nature spécifiques de l'affaiblissement intellectuel, permettant ainsi de séparer cet affaiblissement d'origine syphilitique des autres causes d'affaiblissement. En pratique, le gros diagnostic différentiel consistera à séparer ces états de la paralysie générale ; nous y reviendrons plus loin.

Dans la forme périodique, il peut y avoir une simple association de ces deux états, la psychose périodique apparaissant chez un syphilitique, mais ne reconnaissant pas la syphilis comme cause (Dupré et René Charpentier). Cependant, la syphilis peut, à elle seule, créer l'état périodique (Mosny et Barat, Carrette, *Bull. de la Soc. ctin. de méd. ment.*, 1924), en sorte que pour établir le diagnostic d'état périodique dû à la syphilis, on devra se baser sur les caractères de l'affaiblissement intellectuel, les signes neurologiques et biologiques, et l'influence du traitement, car certains accès sont favorablement influencés par celui-ci.

Quant à la forme démentielle, on se souviendra que la démence syphilitique n'a pas de caractère propre ; pour la diagnostiquer, on se basera sur la somnolence, la marche intermittente de l'affection, les lacunes de la mémoire, les actes inconscients, les signes neurologiques concomitants qui sont parfois caractéristiques, l'évolution et l'efficacité du traitement spécifique (Postowski), les réactions biologiques. Ces renseignements auront toute leur valeur quand il s'agira d'établir le diagnostic différentiel avec les autres *délires hallucinatoires* (Chalier, Nove-Josserand et Rebattu, *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, juin 1911 ; *Lyon médical*, oct. 1911) et les *états de stupeur* (surtout la *stupeur catatonique*). Les *tumeurs cérébrales* sont d'un diagnostic parfois d'autant plus difficile que certaines lésions syphilitiques, telles que les gommès, peuvent se comporter cliniquement comme des tumeurs (Busscher (de) et Scherer, *Group. belge d'études oto-neuro-ophtalm. et neuro-chirurg.*, sept. 1935) ; on se basera sur les signes de syphilis (Karpas, *The Journ. of. nerv. and ment. disease*, janv. 1911), les troubles oculaires (examen du fond d'œil), la lymphocytose (Chaslin), l'influence du traitement, la trépanation décompressive pouvant amener la guérison (Dujardin et Martin, *Journ. de neurol. et de psych.*, an XXVIII, n° 3, mars 1928) ; mais parfois le diagnostic est une trouvaille d'autopsie (Damaye, *Rev. de psych.*, 1908, n° 1). On doit toujours penser à la syphilis dans l'*épilepsie tardive avec symptômes démentiels* et dans les convulsions qui apparaissent après l'âge de 30 ans (Chaslin). On séparera la démence syphilitique de l'*alcoolisme chronique* par le signe d'Argyll-Robertson, la lymphocytose rachidienne, et l'influence du traitement (Chaslin, Clément). Mais il est parfois bien difficile de faire la part respective de l'alcoolisme et de la syphilis dans un état démentiel (Pactet, Guiraud et Szumlanski). Les *démences organiques* seront éliminées par l'existence de lésions artérielles, la notion de l'âge, l'existence

d'une syphilis antérieure, le signe d'Argyll-Robertson et la lymphocytose (Chaslin).

Mais le diagnostic capital, le plus important et parfois le plus difficile est celui qui consiste à séparer ces états de la paralysie générale. Pour l'établir, on pourra se baser sur : le mode de début, l'état mental, les signes physiques, les signes biologiques, l'état général, la durée et l'épreuve du traitement.

Etudions maintenant en détail chacun de ces éléments :

Pour le mode de début : on se souviendra que la paralysie générale s'établit presque toujours d'une façon insidieuse (Rogues de Fursac).

Pour l'état mental (Chaslin, Sanguinetti, Régis, M. et Mme Long, *Encéphale*, 1913) ; Carrette, Laignel-Lavastine, Kahn et Benon, Rogues de Fursac, Schaffer (*Zeitsch für die gesammte neurol.*, t. III, fasc. I, 1910) ; Binswanger, Parant, Winckel (*Arch. für psychiat.*, 1898, t. XXX, R.N., 1898) ; Marie et Chatagnon, Henderson (*Review of neur. and psych.*, mai 1911, vol. IX, n° 5) ; Bisgaard (*Uges-Krift f. Laeger*, 1912), on se souviendra que la démence dans la syphilis cérébrale est *rarement aussi profonde et aussi précoce que dans la paralysie générale*, qu'elle demeure *stationnaire* si de nouvelles poussées ne viennent pas faire progresser l'affaiblissement intellectuel ; qu'elle *n'est pas progressive* et qu'il peut même y avoir retour à l'état antérieur sans affaiblissement psychique ; que, dans la syphilis nerveuse, le malade conserve une certaine conscience de sa maladie, tout au moins pendant longtemps, alors que dans la paralysie générale, il y a *inconscience totale* ; que dans la syphilis nerveuse, il peut y avoir des *rémissions*, et même une amélioration graduelle, parfois très importante, tandis que dans la paralysie générale, *il n'y a pas de rémissions intellectuelles*, ou que, s'il y en a, elles ne sont qu'incomplètes.

Pour l'état physique (Legrain, *Bull. de la Sté clin. de médecine*, juillet 1910), Chaslin, Rogues de Fursac, Scheffer, Leroy et Guiraud, Winckel), on se rappellera que dans la syphilis cérébrale, il y a des lésions en foyer et des signes de localisation plus permanents, tandis que dans la paralysie générale les signes sont plus diffus ; que les paralysies sont *transitoires* dans la paralysie générale, et durables dans la syphilis cérébrale (Gilbert Ballet) ; que l'aphasie est rare dans la paralysie générale et ne dure pas ; que les troubles de la parole ne sont pas caractéristiques dans la syphilis (il y a empatement

plutôt que bredouillement ou achoppement) ; que les paralysies oculaires, les signes de compression et les attaques épileptiformes sont surtout fréquents dans la syphilis cérébrale.

Il ne faut pas trop compter sur l'état *biologique*, pour donner des renseignements *précis*, permettant de séparer les deux états ; cependant, d'après Kaplan (*Am. J. of insanity*, oct. 1912), dans la syphilis cérébro-spinale, le Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien est souvent négatif, la globuline est absente, et la lymphocytose énorme (de 80 à 1.700), tandis que dans la paralysie générale, *non traitée*, le Bordet-Wassermann est rarement négatif, la globuline est de 0,2 à 0,5 et la lymphocytose moyenne (de 8 à 80) ; de plus, Bisgaard a signalé que dans la paralysie générale, la plus grande partie de l'albumine du liquide céphalo-rachidien est précipitée par le sulfate d'ammonium, tandis que dans les autres maladies, y compris la syphilis cérébrale, c'est seulement une petite partie qui précipite par ce produit.

L'état *général* est mieux conservé, tout au moins pendant longtemps, dans la syphilis cérébrale.

La syphilis cérébrale a une *durée* généralement plus longue (Winckel) que la paralysie générale.

Enfin, on doit envisager l'*épreuve du traitement* : abstraction faite des traitements modernes et pour s'en tenir aux méthodes thérapeutiques classiques, on sait que le traitement spécifique a une action favorable dans la syphilis cérébrale, surtout s'il est institué au moment de la poussée elle-même, alors qu'il a une action nulle ou même défavorable dans la paralysie générale (Chaslin, Rogues de Fursac, Winckel).

Malgré tous ces éléments de diagnostic différentiel, il faut bien reconnaître que parfois le diagnostic entre ces deux états est impossible (Vian, *Bull. de la Sté clin. de médéc. ment.*, 1920, Combemale et Trinquet, *Réunion médico-chirurg. des hôp. de Lille*, juin 1928). C'est à ces cas que Parant a réservé le nom de syphilis cérébrale diffuse, et Guiraud (*Ann. Médico-psychol.*, 1925, t. 2, n° 3) va même jusqu'à déclarer qu'une telle discussion de ces cas mixtes est vaine, qu'en présence d'un syndrome paralytique atypique avec réactions sérologiques positives, le diagnostic entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale est artificiel.

PRONOSTIC

Le pronostic de ces psychoses tertiaires syphilitiques est grave d'une manière générale, bien que l'on puisse observer des

améliorations et des rémissions, spontanées ou sous l'influence du traitement.

MÉDECINE LÉGALE

Les syphilitiques atteints de troubles mentaux peuvent commettre des actes dangereux (Molin de Teyssieu, *Congr. des médec. alién. et neur. de Fr. et des pays de lang. franc.*, Alger, avril 1938) ; pour apprécier les rapports qui existent entre ceux-ci et ceux-là, il faudra recourir à un examen mental et physique, aux méthodes de laboratoire sur lesquelles Thibierge (*Encéphale*, 1913, I) a attiré l'attention. Les réactions le plus fréquemment observées sont les délits, la fugue (Dublineau, *Ann. médico-psych.*, 1937, I), le suicide (Targowla et Mlle Serin), l'homicide (Guiraud et Thomas, *Ann. médico-psychol.*, 1927, II) ; on n'oubliera pas l'association fréquente de la syphilis et de l'alcool (Colin et Beaussart, *Bull. de la Sté clin. de médec. ment.*, avril 1910).

TRAITEMENT

Les modalités de celui-ci ne présentent rien de spécial ; cependant il convient de mentionner certaines particularités thérapeutiques, signalées par quelques auteurs :

En ce qui concerne l'*arsenic*, Hamel, Vérain et Mlle Toussaint (*Congr. des médec. alién. et neurol. de Fr. et des pays de langue, franç.*, Barcelone, mai 1929) déclarent que l'arsaminol est inoffensif et très actif ; Pélissier (*Encéphale*, 1911, II) préconise le 606.

Le *bismuth* a été conseillé par Smith et Foster (*The Journ. of. nerv. and ment. dis. am.*, vol 62, n° 2, août 1925) qui lui reconnaissent le triple avantage de ne pas donner de réactions dangereuses, de ne présenter aucun danger pour le nerf optique, de ne pas provoquer d'albuminurie, et par A. Marie (*Sté clin. de médec. ment.*, nov. 1921). Cependant, Porot, Bardenat et Sutter (*Congr. des médec. alién. et neur. de Fr. et des pays de langue franç.*, Alger, avril 1938) lui attribuent l'apparition d'une hémiplégie.

Le *mercure* sous forme d'huile grise ou de calomel est préconisé par Chaslin qui conseille également l'*iodure de potassium*.

La *malariathérapie* que nous envisagerons uniquement ici dans le traitement de la syphilis nerveuse, laissant de côté son action thérapeutique dans la paralysie générale, est d'une application difficile (Goria, *Quaderni di psichiat.*, 1926) et n'empêche

pas le développement ultérieur de la syphilis cérébro-spinale (Gougerot, *Bull. de la Sté Frse de derm. et de syphilig.*, n° 4, avril 1927). Cette opinion n'est pas partagée par Merzbacher et Bianchi (*Archiv. argentin. de neurol.*, an 2, n° 5, juin 1928) qui estiment que le paludisme pourrait modifier dans un sens favorable l'évolution de la syphilis.

Le *mode de pénétration* de chacun de ces produits ne présente rien de spécial ; cependant, certains auteurs ont proposé la voie intra-rachidienne : Ravaut a injecté de cette façon le mercure et le néosalvarsan, Lafora (*Archiv. de neuro-biol.*, Madrid, mars 1921), qui préconise également cette voie, trouve qu'elle n'est pas dangereuse, que les améliorations obtenues sont fréquentes, et que les médicaments anti-syphilitiques ont une réelle efficacité locale.

Signalons, pour terminer, certains *traitements peu usités* tels que l'*huile de soufre* (ou sulfosine) (Schroeder, *Ugeskrift for Laeger*, Copenhague, n°s 9 et 10, 1928), l'*argotropine* (Névé, *Acta psychiatr. et neurol.*, t. I, fasc. 4, 1926) et les *chocs associés* : vaccin anti-typhique, hémothérapie, métaux colloïdaux, employés par Miller, Samson et Painchaud (*Ann. médico-psychol.*, 1929, I). Dufour et Cantonnet (*Sté de Neurologie*, nov. 1922) préconisent la *trépanation décompressive* quand il y a syphilis cérébrale avec hypertension intra-cranienne.

ENTRÉE DIFFÉRÉE, SORTIE DIFFÉRÉE

A propos de :

*Un paralytique général méconnu et condamné ;
L'application de l'article 16 de la loi de 1838*

PAR

H. BEAUDOUIN

La législation sur les aliénés s'est heurtée au difficile problème de concilier, d'une part, la nécessité évidente d'un traitement précoce du malade et d'une protection sociale efficace contre les dangers provenant de son état mental, et, d'autre part, le souci de sauvegarder au maximum la liberté individuelle. C'est du heurt de ces éléments, apparemment opposés, que sont nées discussions multiples au sein des sociétés savantes, campagnes de presse contradictoires, propositions de réforme n'ayant pu aboutir. Pourtant, si l'on veut bien se donner la peine de l'étudier en détail, la législation doit permettre la solution de tous les problèmes particuliers. Motet exprimait clairement cette opinion à la séance du 12 mars 1883 de la Société médico-psychologique (*A.M.P.*, 1883, II, 116) :

« La Loi du 30 juin 1838, que tant de personnes attaquent sans bien la connaître, peut-être même sans l'avoir jamais lue, n'a pas été seulement une loi de police, elle est aussi une loi d'assistance. Les législateurs, préoccupés d'assurer à l'aliéné les soins que son état réclame, ont voulu que l'*admission pût être prompte*, et ont écarté toutes les formalités qui seraient devenues une cause de retards, aussi préjudiciables souvent à l'intérêt du malade qu'à celui de la famille et de la société.

« Mais il leur parut d'autant plus nécessaire aussi de rendre les *sorties promptes et faciles* qu'ils avaient réduit les formalités d'admission, »

Et les mesures n'ont pas été omises qui soient susceptibles d'assurer un *traitement précoce* et — si la nécessité s'en fait sentir — la *protection sociale*, par un placement réalisé sans obstacles, même rapidement, voire « d'urgence ». Il ne faudrait pas se rappeler quelques-uns des pauvres arguments mis en avant lors des « campagnes » en faveur des services ouverts, pour ne pas avoir aujourd'hui l'excuse de répéter, une fois de plus, très sommairement, les dispositions légales assurant la *rapidité* du placement :

En ce qui concerne le placement volontaire, petit nombre de pièces nécessaires : demande d'admission rédigée sur place, pièces d'identité, certificat médical pour lequel la légalisation de signature n'est pas même obligatoire légalement. On a pu même faire observer que ces formalités étaient plus rapides, pour les « indigents », que celles d'une hospitalisation ordinaire, puisqu'il n'existe pas les démarches d'admission à l'A.M.G. de la loi de 1893. En effet, les mesures — encore trop insuffisamment appliquées, on doit en convenir — du placement volontaire à titre gratuit (article 25) doivent être, une fois pour toutes, réglées par le Conseil général, quant aux « formes », « circonstances » et « conditions ». Si les assemblées départementales n'ont pas su toujours comprendre que le traitement précoce était ici un problème « surtout humanitaire », mais aussi qu'il comportait un « point de vue économique » (Dr A.-Hélène Boyle, in *Journal of Mental Science*, octobre 1909), on doit penser que les mesures législatives nouvelles qui ont fait « rentrer ces dépenses dans le cadre général des lois d'assistance obligatoire... » (J. Raynier et H. Beaudouin, 1930, p. 334) favoriseront encore la précocité des placements, donc du traitement.

Doit-on enfin rappeler que, aux termes de l'article 8 de la loi, « en cas d'urgence, les chefs d'établissements publics pourront se dispenser d'exiger le *certificat* du médecin » ?

Quant au placement d'office — qui intéresse plus particulièrement la protection sociale —, il ne nécessite strictement (article 18) que l'arrêté préfectoral motivé ; le certificat médical, habituel, n'est nullement indispensable. Par ailleurs, le danger public fait aux préfets une *obligation* stricte d'intervenir : « les préfets ordonneront », dit la loi, et, ainsi que le rappelait Lisle (A.M.P., 1847, X, 402), traitant de la « Séquestration des aliénés dangereux », et à propos de la discussion : « Rien ne doit être *facultatif* », disait à cette occasion l'honorable rapporteur, toutes les

fois qu'il s'agit de la sécurité publique. Et Lisle (p. 440) envisageait même une modification de la loi tendant à obliger les préfets à ordonner le placement, « non plus seulement de tous les individus dont l'état d'aliénation compromettrait d'une façon imminente la sûreté publique, mais aussi de tous ceux qui leur seraient signalés comme ayant donné des signes évidents de folie, et sur lesquels leurs familles ne pourraient ou ne voudraient pas exercer une surveillance efficace »...

Une modalité d'urgence enfin, au cas de *danger immédiat*, a été prévue, par l'article 19, donnant aux commissaires de police à Paris, et aux maires, les pouvoirs nécessaires, et leur faisant une obligation d'ordonner « toutes les mesures provisoires nécessaires », en attendant que le préfet, averti, statue « sans délai ».

Dans le même souci de rapidité du placement et du traitement, il faut rappeler enfin que diverses circulaires ont prescrit de raccourcir les délais d'observation (réalisée en vertu de l'article 24), ou préconisé le placement direct à l'établissement (Circulaire 15 mars 1890). Les rapports de l'Inspection générale 1911 et 1923 ont encore insisté sur ces points.

Il faut pourtant dire, malgré tout le libéralisme dont on veuille faire preuve, que la mesure d'internement légal doit être, devant la présomption de danger, préférée à tout autre mode de traitement, et que le système du « service ouvert » ne peut s'appliquer sans discernement. Par exemple, en ce qui concerne les paralytiques généraux, on peut estimer avec René Charpentier (*A.M.P.*, 1922, II, 29 : Centenaire de la thèse de Bayle (1), 6^e rapport, partie médico-légale) que, pour eux, les services ouverts ne sont pas indiqués, sauf exception, « les paralytiques généraux étant des aliénés *dangereux* pour eux-mêmes et pour leur entourage. Par ailleurs, ils doivent être *protégés* par la loi... » La première observation rapportée plus bas viendra illustrer cette opinion.

Mais, dans la pratique, la réalisation d'un traitement précoce, d'un placement rapide — avec incidence possible donc sur la protection sociale — n'est pas toujours aisée, et cela pour diverses raisons ; sans avoir la prétention d'en épuiser ici l'énumération, on peut rappeler :

L'insuffisante documentation en médecine mentale des méde-

(1) La paralysie générale (maladie de Bayle). *Comptes rendus du Centenaire de la thèse de Bayle*. Etude clinique et médico-légale, par René CHARPENTIER, t. 1, pages 127 à 179 (2 vol. in-8°, 200 et 192 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris, 1922).

cins praticiens, malgré les efforts — insuffisants — faits en ce sens (1) ; les praticiens négligent les soins (v. Parant, *A.M.P.*, 1907, I, 401) et surtout « sont d'autre part effrayés par l'idée de responsabilités qui ne leur apparaissent pas définies » ;

L'incompréhension de l'entourage familial. La famille, dit Lisle (*loc. cit.*, *A.P.M.*, 1847, X, 402), veut le secret du « malheur qui vient la frapper ». Aussi, contre l'intérêt même des malades, ce sont des temporisations inopportunes, que ne sauraient d'ailleurs éventuellement compenser une responsabilité civile pratiquement inefficace, malgré les dispositions du code civil (parents) dans son article 1384, et les mesures prévues au sujet de la « divagation » des fous furieux : *Code Pénal*, 475, 7°, 479 (2).

Et, disait Parant (*loc. cit.*, 1907), « les familles, tout acquiesces aux préjugés courants contre la folie, osant à peine s'avouer à elles-mêmes le caractère de la maladie d'un des leurs, ne voulant, le plus souvent, sous aucun prétexte, que le public apprenne leur malheur, surtout si quelque intérêt commercial ou matrimonial est en jeu, peu au courant, par ailleurs, de la curabilité d'un délire rapidement traité, méconnaissant leur véritable intérêt, s'arrêtent devant la demande d'admission, si simple pourtant, et ont peur des enquêtes... »

Aussi a-t-on pu signaler (Lisle, *loc. cit.*) l'opposition marquée de la famille au placement d'office d'un hypocondriaque persécuté.

Dans le même sens, m'est-il permis de résumer un exemple personnel que le hasard m'apporte le jour même où je rédige ces lignes : chargé d'expertiser une femme de 32 ans inculpée d'un vol important d'argent chez ses employeurs, je constate que le juge d'instruction a eu l'attention mise en éveil parce que, après avoir dit à l'enquête immédiate ne rien connaître du vol, elle a déclaré *spontanément*, trois jours plus tard, qu'elle se *souvenait* maintenant qu'elle avait pris l'argent (95.000 francs) et avait été le placer dans la caisse de sable que la Défense passive impose de tenir au grenier, et où on le retrouve. Les traces d'un traumatisme crânien remontant à 4 ans (accident de travail) attirant l'attention vers la possibilité de lésions organiques ne

(1) A la demande des médecins (7 juillet 1943), les étudiants en médecine de la Faculté de Paris, sur accord de la Préfecture de la Seine et de la Direction Régionale de la Santé — le Conseil de la Faculté ayant, le 7 octobre, entièrement approuvé le principe — peuvent effectuer leur stage de 6^e année dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine.

(2) V. in *Aliéniste français*, avril 1930 : X. et P. ABÉLY. — La responsabilité civile des personnes ayant la garde d'aliéné en liberté.

s'exprimant pas nettement par ailleurs, j'ai sollicité une observation neuro-chirurgicale. Eh bien ! la sœur cadette de l'inculpée, convoquée pour renseignements, apparemment d'intelligence normale, sans montrer par ailleurs le souci d'invoquer une cause atténuante quelconque, manifeste avec humeur contre le temps que fait perdre une expertise dont il n'y avait nul besoin, qui n'aboutira qu'à faire enfermer sa sœur chez les fous — rien n'est moins probable pourtant — proteste qu'on ne peut agir ainsi sans l'assentiment de sa mère, et préfère enfin à tout la condamnation à trois mois (?) de prison — il n'y a qu'un mois de prévention — que l'avocat lui a fait envisager comme possible. J'ajouterai, incidemment, que l'intéressée avait demandé une révision, et une augmentation du taux (10 %) d'invalidité permanente partielle, concernant les suites du traumatisme...

l'inertie de l'autorité administrative ; les causes en sont diverses, on a insisté beaucoup sur le souci des maires de ne pas grever le budget communal ; on a montré aussi (Lisle, *loc. cit.*) le maire restant trop aisément un « témoin impassible », redoutant les « vengeances »...

Il faut dire ici que, dans le silence de la loi et des instructions, le doute peut-être permis quant au danger éventuel. « A quels signes, dit encore Lisle, reconnaîtra-t-on que la *folie est de nature à compromettre la sûreté publique* ? » Il est évident que c'est alors la notion du traitement qui doit primer, et que c'est à l'entourage familial de comprendre où est l'intérêt du « malade ».

Enfin et surtout, des retards d'ordres divers peuvent survenir du fait des *réactions « médico-légales »* de la part des psychopathes. Un volume ne suffirait pas pour cette étude particulière ; j'essaierai d'abrégéer.

La littérature médicale — il faut citer surtout les travaux de Pactet et H. Colin — est particulièrement riche d'exemples d'aliénés méconnus et condamnés, et ce n'est pas le rappel de ces exemples qui importe ici. Leur production n'a pas été inutile, et on peut indiquer qu'elle a, de longue date, provoqué des enquêtes dont le résultat fut éloquent : Lisle (*loc. cit.*, p. 439) rappelle que « lors de la discussion de la loi sur la réforme des prisons, le Ministre de l'intérieur ayant fait rechercher combien il y avait de fous, à un moment donné, dans les maisons centrales du royaume, on en trouva, le 1^{er} avril 1844, 359 sur une population d'environ 21.000 détenus »... P. Garnier, dans un rapport au Congrès d'anthropologie criminelle (cité par Ritti, *A.M.P.*, 1912, I, 196), avait pu recueillir, parmi les sujets passés à l'Infirmierie spéciale, en 5 ans (1886-90), « un total de 250 erreurs judi-

ciaires »... Cependant que H. Monod, pour la même période, avait apporté, au Congrès de Clermont-Ferrand (1894) le chiffre d'aliénés condamnés à l'emprisonnement, de 271, soit 223 hommes et 48 femmes.

A une époque antérieure, dans une « Note médicale à propos des condamnations prononcées par les tribunaux sur des individus fous avant et pendant la mauvaise action à eux imputée, et écroués dans le même état » (*A.M.P.*, 1883, I, 132), F. Lélut avait élevé le débat en des termes un peu surannés — pour quoi il me plaît de les rappeler ici :

« Il existe malheureusement encore entre les hommes de science et les hommes de loi, entre les médecins et les membres du parquet, un esprit d'opposition et comme de suspicion réciproque, qui, dans les fastes de la justice criminelle, a donné lieu plus d'une fois à de bien tristes résultats. Si les premiers sont quelquefois allés trop loin dans leur désir d'arracher à la mort ou à l'emprisonnement des organisations qui leur paraissaient plus déraisonnables que criminelles, les seconds, dans plus d'une circonstance, n'ont pas été moins opiniâtres à appeler la sévérité des lois sur des malheureux en qui l'intelligence affaiblie ou malade avait au moins singulièrement diminué le libre arbitre, et à repousser à cet égard les enseignements de la science et les représentations des médecins. »

Après avoir rapporté 5 observations, celle d'un délirant, d'un maniaque, de deux paralytiques généraux, et d'un épileptique, Lélut poursuivait :

« ...Et qu'on n'imagine pas qu'il entre, dans ce que je dis-là, aucune intention critique ou offensante à l'égard des hommes honorables chargés de son application. Je conçois, je trouve nécessaire leur circonspection, leur défiance même. Je suis loin de vouloir élargir le cadre de la folie, pour soustraire par là à l'action des lois, au glaive de la justice, des fautes, des délits, des crimes, que la société doit effrayer (?) et qu'elle a le droit de punir. Je suis de l'avis d'Aristote (*De Republ.* 1, 2), avant l'individu la famille, avant la famille la cité, avant la cité l'Etat. Que l'on restreigne donc dans ses limites les plus étroites le cercle de la déraison, de cette déraison qui fausse ou détruit le libre arbitre, et fait disparaître la culpabilité. Mais, ce cercle une fois établi, que les malheureux que leur état y a placés, et qui le franchissent pour commettre une action dangereuse, voient s'ouvrir pour eux, non point les grilles de la maison centrale ou du bagne, mais les portes d'un établissement de charité. »

Des aliénés inculpés peuvent être pris pour des *simulateurs*. La difficulté est parfois notable (v. Gelma, *A.M.P.*, I, 139 ; Psychoses à élosion subite au cours de l'information judiciaire).

C'est dire que s'impose l'intervention d'un médecin expert *compétent*, rompu à la pratique habituelle des maladies mentales, car « les simulateurs exagèrent leur rôle, qui présente alors une sorte de contradiction avec les phases habituelles de la maladie simulée » (Dagonet, *A.M.P.*, 1889, IX, 406).

L'intérêt qu'il y a de discriminer l'aliéné vrai — à traiter — et le simulateur, n'est pas niable. Aussi, H. Colin (*S.M.P.*, 26 novembre 1900) pouvait-il condamner assez véhémentement la pratique des examens par un « médecin non spécialisé », en éitant le cas d'un malade déjà traité par lui, et considéré comme simulant la folie et la surdité : « Voilà le résultat de cet usage déplorable en vertu duquel on confie l'examen mental d'un inculpé à un expert que certainement ni ses études antérieures, ni sa pratique journalière, ne qualifient pour cette besogne (1).

Ce soupçon de simulation s'applique parfois — comme dans l'observation I rapportée ci-dessous — à des troubles évidents. Ritti (*S.M.P.*, 16 décembre 1911) a pu signaler qu'un paralytique général, condamné en flagrant délit de vol, fut, à la prison, soupçonné par les gardiens de simuler la folie, sans qu'il ait été rendu compte à l'autorité judiciaire. On peut, en passant, indiquer un autre intérêt de cette observation, le sujet ayant fait, après sa mort, l'objet d'une *réhabilitation*. (Dans le même sens : Congrès de Bordeaux, 1895, A. Giraud, et Congrès de Marseille, 1899, Taty).

De telles erreurs, notamment en ce qui concerne les paralytiques généraux, ne devraient pas être commises en dehors d'un interrogatoire trop superficiel, car, ainsi que le disait dès 1861 Sauze, rapportant quatre observations d'erreurs judiciaires concernant des paralytiques condamnés pour vol (*A.M.P.*, 1861, VII, 53) : « Les paralytiques n'emploient pas dans ces actes, ni la même habileté, ni la même ruse que les voleurs de profession.

(1) Je me permets d'évoquer un souvenir personnel : j'ai pu, à Clermont-de-l'Oise, faire renvoyer devant le tribunal correctionnel un sujet ayant bénéficié d'un non-lieu, après inculpation de violences et attentat à la pudeur, sur expertise confiée à un médecin de la ville, qui n'avait apparemment d'autre titre que celui de conseiller municipal. Le diagnostic d'aliénation avait été fondé sur le fait que l'inculpé avait antérieurement fait une tentative de suicide « en se précipitant du haut d'un clocher »... Mode de suicide assez exceptionnel pour motiver une recherche plus précise : il s'agissait d'un *couvreur*, un peu trop amateur d'apéritifs.

Cette seule considération devrait éclairer la justice et pourrait épargner à ces malheureux une condamnation qu'ils n'ont pas méritée. » L'erreur ne saurait être vraiment critiquée que dans des cas patents, et il faut admettre — si les antécédents ne sont pas connus — la difficulté extrême à propos de certains paralytiques en rémission, après traitement malarique ou autre.

Mais il faut regretter la production de cas plus graves, cités notamment à l'endroit de sujets délirants, persécutés, qui, avant de « passer à l'attaque », ont fait — vainement — des démarches auprès des autorités judiciaires. Un cas particulièrement typique a été rapporté en 1847 par Lisle (*A.M.P.*, *loc. cit.*), celui d'un persécuté qui tua un « agent de ses persécuteurs ». Il avait été bien avant trouver le Procureur d'A... qui reconnut le fait et écrivit que B... « était venu se plaindre à lui d'avoir beaucoup d'ennemis et de persécuteurs, et qu'ayant remarqué chez cet ouvrier de l'exaltation et de l'incohérence dans les idées, il avait considéré ces prétendues accusations comme le fait d'un dérangement intellectuel ». Aussi, concluait Lisle, « combien n'a-t-il pas dû déplore plus tard son imprévoyance »...

Ces erreurs sont du passé, et l'on doit espérer que, grâce aux cours organisés dans les Facultés de droit pour les futurs magistrats, par la Préfecture de Police, à Paris, pour les candidats au grade de secrétaire des commissariats de police, grâce surtout aux moyens de dépistage, et à l'organisation croissante des consultations externes (Office public d'hygiène sociale de la Seine), ces erreurs deviendront de moins en moins fréquentes, cependant que, par ailleurs, s'effacent peu à peu les préjugés relatifs à la folie et à ses établissements de cure.

Aussi paraît-il inutile d'insister longuement sur « l'aggravation » des formalités légales que ces préjugés menaçaient d'introduire dans les textes proposés, et restés en gestation. Celui discuté à la Chambre des députés (22 janvier 1907) a été heureusement critiqué (*A.M.P.*, 1907, I, 401) par V. Parant sous le titre un peu ironique : « Les garanties d'un traitement rapide dans la nouvelle proposition de Loi ».

N'y prévoyait-on pas, en effet, pour le placement volontaire, que la demande d'admission serait visée par le juge de paix, le maire ou le commissaire de police ? Que le certificat médical serait remplacé par un rapport au Procureur, légalisé, indiquant la date de la dernière visite, date qui aura par ailleurs été notifiée au juge de paix ou au maire, sans qu'elle puisse remonter à plus de huit jours ?

La sauvegarde de la liberté individuelle y motivait le transfert à l'autorité judiciaire de la décision du placement et la publicité : « Or, dit Parant, ce sont précisément ces formalités et cette publicité qui, déjà, sous le régime actuel, rendent moins nombreux que l'intérêt des malades ne l'exigerait les placements volontaires, c'est-à-dire la plupart de ceux qui ont pour objet le traitement de la maladie. »

Et l'auteur de conclure, très justement, que les garanties majeures de la liberté individuelle sont celles du contrôle *après* le placement.

*
**

Il reste à envisager, plus rapidement, les facilités et les difficultés à propos de la *sortie*, question liée, répétons-le, à la sauvegarde de la *liberté individuelle*.

Il est sans doute inutile d'insister sur ce fait qu'on n'a pas vu relater de circonstances où l'autorité judiciaire ait dû faire application de l'article 30 de la loi et de l'article 120 du Code pénal, à l'encontre de chefs d'établissement ayant « retenu » une personne dont la sortie était légalement établie ou ordonnée. Il convient plutôt de rappeler qu'on a signalé des cas de « séquestration » à domicile et que « les lois, ordonnances et instructions ministérielles qui régissent les aliénés gardent le plus complet silence sur les séquestrations de cette nature... » (A.M.P., 1848, XI, 256, *Revue médico-légale*).

Au cas de placement volontaire, les modes de sortie, par guérison (article 13), requise (article 14), sont clairement prévus. L'opposition par dissentiment entre ascendants et descendants est en pratique rarissime ; et la seule opposition médicale — avec, comme corollaire, la transformation éventuelle en placement d'office — intervient parfois. Mais on avouera qu'il ne peut en être de plus fondée, et que les cas qui la motivent ne sont pas au dol des sujets internés, mais dans l'intérêt de la sécurité publique.

Je n'insisterai pas sur le retard possible apporté par la non-application de l'article 16 de la loi, puisque c'est ce sujet même qui nous retiendra tout au long de l'observation II ci-dessous.

Au cas de placement d'office, l'arrêté préfectoral ordonnant la sortie se base, dans la pratique, sur l'avis médical, et il ne saurait y avoir, habituellement, de retard préjudiciable au malade, malgré les précautions — d'ailleurs justifiées — prises parfois au sujet de la sortie éventuelle de sujets internés après affaires judi-

ciaires (communication au Parquet, visite du médecin-inspecteur de la Préfecture de police...).

C'est moins dans les formalités proprement dites que dans l'appréciation parfois difficile, par le médecin, de l'opportunité de la sortie, qu'un retard peut être apporté. En effet, « il ne suffit pas, disait Lunier (*A.P.M.*, 1871, V, 27), de connaître dans quels cas il est utile de recourir à l'isolement ; il faut aussi, et cela n'est pas la partie la moins délicate de notre tâche, savoir décider à *quel moment précis* il faut le faire cesser ». On a même enregistré une plus grande pusillanimité en la matière : « Y a-t-il d'abord des aliénés vraiment inoffensifs ? disait Espiau de Lamaestre (*S.M.P.*, 10 décembre 1883), je crois que l'on peut répondre par la négative. Pinel, notre maître à tous, a dit que tout aliéné peut devenir dangereux... ». Au cours de la discussion prolongée sur ce même sujet des sorties, Falret (*S.M.P.*, 12 novembre 1883) apportait une note plus libérale, et opposait une base médicale d'appréciation : « On est obligé, et par la clinique et par les nécessités administratives, d'admettre qu'il y a des aliénés *inoffensifs*. Le nombre croissant des aliénés entraîne l'accroissement de nombre et d'étendue des asiles, et, à la Société médico-psychologique, à propos des modes d'assistance des aliénés, on a reconnu qu'on ne pouvait poser en principe que tout aliéné devait être séquestré... » Il se refusait à dire avec Billod : « Je ne fais jamais sortir un aliéné, je le laisse sortir... » Et enfin : « Qui est-ce qui jugera que l'aliéné non guéri est *inoffensif* et peut sortir ? Jusqu'à présent, c'est le médecin, mieux à même d'apprécier l'absence des familles, les mauvaises conditions des familles ; la grave question du milieu où on replacera l'aliéné domine dans l'appréciation du médecin sur la question mentale. »

Sans insister sur la difficulté d'une définition précise — qui n'a jamais été formulée — de l'aliénation mentale, du critérium de la « guérison », sans non plus insister davantage sur la nécessité de séparer la notion d'une nocivité sociale plus ou moins accusée d'avec celle d'un « danger » au sens strict, on peut dire que, de nos jours, tout en conservant le souci de la protection sociale, on montre à cet égard une libéralité de plus en plus grande, libéralité que permet l'organisation lente, mais néanmoins en voie d'expansion, de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière.

Peut-on parler de « retard » apporté à la sortie par le jeu de l'application de l'article 29 et l'intervention du tribunal ? C'est plutôt la critique inverse qui a été formulée.

Lisle (*loc. cit.*, 1847) faisait à cet endroit preuve d'une certaine virulence :

« ...il suffira, pour faire rendre ce même individu à la liberté, qu'un tribunal irresponsable, composé de trois juges, presque toujours étrangers aux nombreuses difficultés que soulève l'étude de la folie, déclare que le préfet s'est trompé...

« ...n'est-il pas au moins surprenant qu'un examen de quelques minutes suffise à des juges pour apprécier l'état mental d'un individu réputé aliéné, lorsque des médecins, qui ont consacré leur vie à l'étude des maladies mentales, s'entendent à reconnaître que, dans beaucoup de cas, une observation assidue de plusieurs jours est nécessaire...

« ...ne serait-ce pas une véritable dérision de prétendre qu'on a fait les *vérifications nécessaires*, lorsqu'on s'est contenté de mander et d'examiner dans la chambre du conseil les individus séquestrés pour cause de folie ?... »

La note juste semble avoir été formulée plus heureusement par Motet (S.M.P., 10 novembre 1874), à propos de la sortie d'un aliéné non guéri, ordonnée par le tribunal de P..., malgré un rapport médico-légal concluant et des confirmations ultérieures :

« Nous ne voulons pas attaquer une décision prise conformément à un article de loi ; mais nous avons le droit de dire que si le législateur a voulu confier au pouvoir judiciaire le droit de sauvegarder la liberté du citoyen, de se prononcer d'une manière souveraine en faveur de l'aliéné, *contre le médecin qui refuse la sortie*, il n'a jamais pu vouloir que cette sortie ne fût pas entourée de garanties pour l'ordre public, et la sécurité des personnes. »

Le passage que j'ai souligné précise par avance la thèse que je soutiendrai à propos de l'observation II.

*
**

C'est, en effet, à propos de deux cas cliniques que le hasard a rendus pour moi contemporains, que je me suis attaché à retrouver, grâce aux cent années des *Annales médico-psychologiques*, les éléments historiques de deux questions qui venaient de se poser : un retard malencontreux dans le placement, un retard inutile dans la sortie.

I

Le 1^{er} octobre 1942, j'étais commis par le juge d'instruction de M... pour l'examen mental de R... Michel, 53 ans, Polonais, *libre*, inculpé de vols. Mon rapport, en raison des circonstances qu'on va lire, n'a pu être déposé que le 16 décembre suivant.

Les conditions dans lesquelles avaient été commis les vols en cause n'avaient pas manqué de retenir l'attention du juge et de provoquer immédiatement la commission d'expertise : R..., venu avec sa femme — Polonaise, également, et s'exprimant encore plus mal que lui en français — à M... pour joindre un compatriote sur qui il comptait pour se ravitailler (?) se serait égaré avec elle la nuit venue, et l'a quittée — une première fois — en menaçant de se jeter à l'eau. Le lendemain matin, il était arrêté par la brigade motorisée, ayant dérobé chez V... des outils et du jonc, chez M... des haricots et des potirons et, chez K..., arraché environ 150 choux, sans posséder le moindre moyen de transporter un si encombrant fardeau.

Après les interrogatoires et la rédaction de la commission d'expertise, R..., habitant La Courneuve, était mis en liberté provisoire et confié par le juge à sa femme.

Son dossier examiné, je devais donc le convoquer pour l'examen : j'eus la surprise de voir venir la femme seule, ayant cru comprendre que son mari était interné dans mon service, et exposant qu'elle ne savait pas ce qu'il était devenu depuis le jour de leur rentrée de M... à Paris. Elle apportait un document intéressant : lettre de son médecin traitant me demandant mon avis et précisant qu'il lui avait, avant la guerre, fait suivre un traitement spécifique.

Mme R... expose que son mari s'est « perdu » à la gare de l'Est, et qu'il a été *arrêté*. En réalité, il aurait été trouvé, vers trois heures du matin, portant sur l'épaule une caisse dont on ignorera toujours la provenance, contenant, semble-t-il, des ampoules électriques, et peut-être dérobée à la station du métro. On l'a convoquée au commissariat pour lui annoncer qu'on gardait son mari en lui disant qu'il était « beaucoup fou », et, depuis, elle ignore ce qu'il est devenu.

Je pouvais donc croire retrouver sa trace rapidement, mais les recherches furent vaines, aussi bien à l'Infirmierie spéciale qu'au service de l'Admission de Sainte-Anne.

Je dus demander au juge de provoquer une enquête, et on apprenait bientôt que, arrêté le 3 octobre, R... avait été *condamné*, le 5, en « flagrant délit », à un mois de prison. Aucune autre précision n'est donnée que le rapport succinct du commissariat de police, exposant que R... a « donné l'impression de *simuler l'aliénation mentale* ».

La peine expirait le 3 novembre : convocation sans résultat. Seconde convocation par les soins du commissariat d'Aubervilliers, où je me

rends en pure perte. Bref, demande de recherches, arrestation, puis mise à l'hôpital de M... en vue de l'examen complet.

Comme on l'a deviné, la paralysie générale est encore plus flagrante que le délit : optimiste, fataliste, R... expose qu'il n'avait plus de travail et cherchait à manger. Il aurait échangé une montre et une chaîne en or pour des pommes de terre et des haricots (?). Sa femme a déclaré qu'il s'était fait voler 30.000 francs (?).

Une fabulation nuageuse colmate tant bien que mal les « trous » de sa mémoire. Souriant, indifférent à ses tribulations : « je voyage » conclut-il.

La confirmation organique est à souhait positive : inégalité et rigidité pupillaires, trémulation, hypoalgésies, brusquerie des réflexes tendineux. Dans le sang, les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont positives, et l'examen du liquide céphalo-rachidien qui coule goutte à goutte donne les résultats suivants : albumine, 0,80 ; Pandy et Weichbrodt positifs, lymphocytes 21, Benjoin 22222.22222.21000, Meinicke et Bordet-Wassermann positifs.

Ainsi en mesure de rejeter l'hypothèse soulevée de simulation, je proposai l'internement. De Clermont, les docteurs Briaux et Pottier m'ont confirmé la gravité de l'état dementiel.

Peut-être n'y a-t-il pas à regretter, dans ce cas, un retard thérapeutique préjudiciable. On avouera, toutefois, que la condamnation prononcée par le Tribunal de la Seine eût pu être évitée.

II

La loi de 1838 dispose en son article 16 :

« Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées *volontairement* dans les établissements d'aliénés. »

La concision et la clarté de cette disposition ne paraîtraient pas devoir motiver de discussion. Aussi, avec J. Raynier (1), nous en rappelons la teneur sous la rubrique « sortie ordonnée », envisageant l'intervention soit de l'autorité judiciaire (art. 29), soit de l'autorité administrative, en annonçant l'article 16 par ce bref commentaire : « Bien que dans la pratique, cette dernière soit exceptionnelle, le pouvoir discrétionnaire du Préfet n'est pas moins prévu par la loi... » Les difficultés rencontrées

(1) J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN. — *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, 2^e édition, page 377 (1 vol. in-8°, Le François édit., Paris, 1930).

à propos de l'observation suivante montreront que des commentaires plus fouillés ne sont pas inutiles.

G... Léonie, femme S... entre à Maison-Blanche en juin 1942, à l'âge de 44 ans, par voie de *placement volontaire*, à la requête de son mari. Elle a, antérieurement, fait trois séjours à Clermont :

1° Novembre 1934. Après troubles dépressifs et vellétés de suicide, elle est loquace et euphorique. Au certificat de quinzaine le Dr Le Maux propose la sortie, la malade devant être remise à sa sœur, d'accord avec le mari.

2° Octobre 1935. Excitation psychique avec idées hypocondriaques ; cauchemars, zoopsies.

Plus calme à la quinzaine. Sortie proposée en février 1936 ; elle doit à nouveau se rendre chez sa sœur ; autorisation écrite du mari.

3° Juillet 1936. Excitation psychique avec très vagues idées de persécution et d'influence. Amélioration à la quinzaine. Sortie demandée en février 1938 dans les mêmes conditions que précédemment.

L... apparaît comme nettement débile, avec un comportement fait de méfiance hostile, d'isolement, irritable quand on la pousse à bout, mais habituellement passive, isolée, travailleuse. Elle avoue quelques réactions élastiques à domicile, au cours de disputes conjugales.

Hermétique, elle ne peut être considérée comme normale, mais n'est pas non plus dangereuse.

Comme précédemment, la sœur se propose au bout de quelques mois de la reprendre. En octobre 1942, le mari vient me voir, expose qu'il y avait bonne entente habituelle, mais, se refusant obstinément à dire ses raisons, il ne veut pas demander la sortie. Il veut bien que la malade se rende chez sa sœur, mais demande cette fois « un écrit le dégageant et lui permettant de la renvoyer » chez cette dernière (?). D'autre part, il ne répond pas à sa belle-sœur à ce sujet.

C'est dans ces conditions que, apercevant une solution possible dans l'application de l'art. 16 de la loi, je conseillai à la sœur d'écrire à la Préfecture de police, ce qu'elle fit le 17 février 1943. Elle me communiquait peu après la réponse : ... « *Il n'appartient pas à la Préfecture de police d'intervenir à l'occasion d'une demande de sortie concernant un malade placé à titre volontaire* »..., avec mention de renvoi de sa requête à l'établissement.

Cet envoi, portant indication de recours à l'autorité judiciaire, motivait, le 3 mars, un certificat où j'indiquais les particularités de l'attitude du mari, et exposais pourquoi j'avais conseillé à la sœur la démarche en cause :

« 1° En raison du tableau clinique ci-dessus résumé et de ses éléments permanents, il ne me paraît pas opportun d'envisager la sortie « par guérison » en application de l'article 13 de la loi.

2° Le jeu de l'article 14 ne peut non plus intervenir.

3° Par contre, et contrairement à l'avis mentionné dans la note du 26 février, j'estime que le cas correspond expressément à l'application, que je sais en pratique rare, de l'article 16 de la loi, stipulant : « Le Préfet pourra toujours *ordonner* la sortie immédiate des personnes placées *volontairement* dans les asiles d'aliénés. »

En conséquence, il ne me paraît pas opportun — puisque la sortie n'est pas demandée *contre* avis médical — de provoquer l'intervention... de l'autorité judiciaire... »

Comme suite à ce certificat, la Préfecture de police adressait le 19 mars la note suivante au directeur :

...« J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'il est de jurisprudence constante à la Préfecture de police de ne pas prendre parti dans un différend d'ordre familial à l'occasion d'un placement volontaire. Ces questions ressortent de l'autorité judiciaire, et, à défaut, du curateur indiqué à l'art. 14 de la loi et nommé suivant l'art. 38. L'article 29 peut jouer permettant à la sœur de saisir le tribunal. J'ajoute que le Parquet de P... m'a laissé entendre à diverses reprises qu'il ne serait pas opposé à saisir au besoin d'office la Chambre du Conseil d'une requête aux fins de sortie si un cas intéressant lui était signalé ».

Sans délai, le 24 mars, je rédigeais donc un certificat pour le Procureur, résumant la question ; certificat communiqué à la Préfecture de police qui, le 1^{er} avril, adressait à son tour cette réponse :

...Le médecin « avait conseillé à la sœur... d'obtenir la sortie par application de l'art. 16 de la loi, le mari, auteur du placement, ne consentant pas à requérir la sortie.

J'ai l'honneur de vous faire connaître, à toutes fins utiles, qu'il est de jurisprudence constante, à la Préfecture de police, de ne pas s'immiscer dans les différends qui peuvent s'élever entre les membres d'une famille au sujet de la sortie d'un malade pour lequel le médecin traitant se refuse (??) à rédiger un certificat constatant la guérison.

Mon administration, en effet, ne s'estime pas qualifiée pour modifier l'ordre de préférence établi par l'art. 14 de la loi entre époux et parents pour requérir la sortie d'un malade non guéri. Elle pense, au contraire, qu'il est nettement du ressort de l'Autorité judiciaire, seule compétente pour les questions d'état des personnes, de résoudre ces conflits familiaux. Contrairement à l'opinion (??) du D^r B... la Préfecture de police est d'avis que l'art. 29 est conçu en termes assez larges... »

Et, sur demande, un nouveau certificat était adressé au Parquet le 19 mai, confirmant la possibilité de sortie ordonnée...

Le silence paraissait se faire, entrecoupé seulement, çà et là, de quelques invectives de la part de l'intéressée, m'accusant — bien entendu — de la retenir, quand la situation devait se dénouer par un brusque drame : le 9 août 1943, dans la soirée, la direction est avisée

par le commissaire de police du XVII^e que S... s'est *suicidé* et que le corps était à l'Hôpital Bichat.

Le lendemain, la sœur, avertie de son côté, arrivait à l'établissement. Elle présente une lettre du mari, datée du 10 juillet, indiquant que, convoqué au commissariat, il avait consenti à la sortie, à condition que sa femme n'habitât plus avec lui, et s'engageait à lui verser 150 fr. par mois et la totalité d'un titre de rente.

C'était, dit-elle, un « neurasthénique ». Il avait dit à la concierge d'avertir la sœur, en lui remettant l'adresse « au cas où il arriverait quelque chose ». Il lui avait envoyé 500 francs pour venir chercher la malade.

..Et, séance tenante, il me devenait possible de rédiger un certificat de sortie requise par la sœur, seul membre de la famille, qui désirait expressément emmener la malade pour les obsèques. Un double du certificat mettait le Parquet au courant de ce dénouement (1).

Persistant à croire que mon interprétation restait valable en l'espèce, et laissant le plan particulier pour la théorie, j'ai pensé qu'il convenait de reprendre l'historique de l'article 16 et de se reporter à la discussion de la loi de 1838 et aux projets de loi ultérieurs.

A) *Discussion de la loi* (in législation des aliénés, Berger-Levrault, 1881, tome II).

Il faut rappeler que le projet déposé par le gouvernement (page 24) prévoyait que *tout* placement ne pouvait être réalisé « qu'en vertu d'une *autorisation* ou d'un *ordre* du préfet. » (Art. 1^{er}). Et les modalités de sortie relevaient de l'art. 4 : « Tout individu placé en vertu des articles précédents dans les établissements qui sont désignés n'y sera plus retenu dès que les causes du placement auront cessé.

Aussitôt que les médecins estimeront que la sortie peut être *ordonnée*, il en sera référé par les directeurs et administrateurs au préfet, qui *statuera* immédiatement, après avoir pris avis de la commission instituée en vertu de l'art. 2. »

Ainsi donc, au départ, le placement volontaire devait nécessiter une *autorisation* du préfet à l'entrée, un *ordre* de sortie plus tard.

A la séance de la Chambre des Députés, 18 mars 1837, le rapporteur M. Vivien, abordant la question des placements volontaires, exposait le souci de la commission de protéger la liberté individuelle, et la commission, supprimant « l'autorisation » du

(1) Nonobstant, fin octobre, trois experts, désignés par le tribunal, avertissaient l'établissement de leur proche venue.

préfet à l'entrée, demandait : justification d'identité, certificat médical (non prévu au projet), contrôle. Le rapporteur déclarait (page 39) : « Telles sont les garanties que nous établissons. »

Ce n'est pas tout : à toute époque, *le préfet peut ordonner la sortie* des personnes placées dans les établissements d'aliénés... Nous parlerons plus tard d'une *dernière garantie* qui résulte du droit toujours ouvert devant les tribunaux. »

Finalement le projet de la commission aboutit à la rédaction de l'article 10, *sous la forme même* où on la retrouvera dans l'article 16 du texte promulgué.

A la séance du 6 avril 1837 (discussion) :

« M. BARDET. — Je crois bien qu'une personne, *sans être guérie*, pourra être réclamée par la famille, mais je ne vois pas qu'elle puisse l'être par un étranger, par un ami.

M. LE RAPPORTEUR. — Nous ne pouvons pas donner à tout individu le droit de réclamer. Nous reconnaissons ce droit aux membres de la famille ; il ne peut leur être contesté. Quant aux réclamations que d'autres pourraient former, ils pourront les adresser, *soit au Préfet, qui aux termes de l'art. 10 peut toujours ordonner la sortie immédiate*, soit au Procureur du Roi, qui peut saisir l'autorité judiciaire.

M. CHARAMAULE. — La personne qui a fait placer le prétendu aliéné et qui a eu qualité pour le faire entrer, n'aura-t-elle plus qualité pour le faire sortir ?

M. AROUX. — Je ferai remarquer à la Chambre que la personne qui est placée par un individu étranger dans un établissement n'y est admise qu'avec le consentement tacite, ou du moins la non-opposition du Préfet. Eh bien, quand cet individu demandera la sortie, *l'art. 10 lui donne la faculté de l'obtenir...* »

M. de la Rochefoucault-Liancourt soulève l'hypothèse d'un directeur d'établissement particulier ne libérant pas le sujet déclaré guéri. Et le Rapporteur, rappelant les formes de sortie par guérison, de sortie requise, continue :

...« Si le directeur de l'établissement n'ordonnait pas la sortie dans l'un ou l'autre cas, il se rendrait coupable de détention arbitraire. De plus, aux termes de l'art. 10, *le Préfet peut ordonner la sortie immédiate*. La famille n'aurait pas même besoin de recourir à l'autorité judiciaire. Elle s'adresserait au Préfet, lui montrerait le certificat du médecin, et le Préfet manquerait à son devoir s'il n'ordonnait pas la sortie immédiate. »

L'article 10 est adopté.

Le projet est déposé à la Chambre des pairs le 28 avril 1837.

Il est amendé par une commission dont M. Barthélémy est rapporteur : l'article 10 est devenu l'article 14 du projet amendé, *dans les mêmes termes*. Et le 9 février 1838, il est adopté *sans discussion*.

Retour à la Chambre le 27 mars 1838. Nouveau rapport Vivien. Pour la sortie requise au cas de placement volontaire, introduction de la désignation, dans l'ordre, des personnes habilitées.

L'article 16 — il a acquis le chiffre qu'il conservera désormais — est à nouveau *reproduit tel quel*. Le 13 avril 1838, il est adopté *sans discussion*. L'examen des amendements, tant à la Chambre des Pairs qu'à la Chambre des Députés, le laissera hors de cause.

Il est un des rares articles, sinon le seul, qui n'ait pas subi de modification depuis sa rédaction initiale par la commission de la Chambre des Députés. C'est, peut-on croire, un gage de sa clarté.

B) *Le rapport Théophile ROUSSEL au Sénat* (1884, n° 157, tome I) permet de lire, dans l'exposé général :

« L'art. 16 de la loi porte que le Préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés. Le projet de loi du gouvernement (art. 21) étend le droit du Préfet sur toutes les personnes placées dans les asiles, et il a soin d'ordonner que ce droit ne soit exercé qu'après avoir pris l'avis du médecin traitant. La commission du Sénat (art. 25) propose d'exiger également l'avis de la commission permanente, laquelle est en mesure de bien apprécier l'avis du médecin traitant, et, en outre, de fournir au Préfet, sur la situation de l'aliéné, des renseignements dont le médecin de l'asile ne dispose pas.

Dans ce même article la commission du Sénat propose, enfin, d'ajouter une disposition en vertu de laquelle tout ordre de sortie donné par le Préfet doit être préalablement *notifié à la personne qui a signé la demande d'admission*, afin que cette personne puisse, si elle a de justes motifs, former opposition à la sortie, dans les 24 heures de la notification. Cette opposition sera jugée par le tribunal civil en Chambre du Conseil. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les *intérêts multiples* en vue desquels cette mesure de précaution doit être prise. »

Par ailleurs, le même rapport (tome I, page 338), proposant l'adoption du système belge, relatif à la communication, au cas de *recours judiciaire*, de la requête au fonctionnaire ou à la personne qui a provoqué le placement — comme au tuteur de l'interdit —, précisait :

« Il faut remarquer, en effet, que si la loi française, dans le libéra-

lisme dont son article 29 est empreint, autorise n'importe quel malade à provoquer un examen de son état mental par le tribunal et cela aussi souvent que ce malade peut en avoir envie, en fait les réclamations de ce genre *ne se produisent que lorsque les autres moyens de mise en liberté ont été l'objet d'une opposition de la part du médecin, de la famille ou du préfet...* »

Le point de vue du rapporteur de 1884 avait été souligné par A. Foville dans un rapport au Congrès d'Anvers de septembre 1885 (*A.M.P.*, 1885, II, 438). Foville, reprenant la discussion au Parlement, rappelait que, cependant que certains reprochaient au projet d'organiser le conflit entre les autorités administrative et judiciaire, la majorité adopta l'opinion de ceux qui « soutinrent la nécessité de maintenir, à côté des actes des préfets, le contrôle de la magistrature ».

Pour en revenir à la discussion de 1884, l'article 16 (limité au placement volontaire) devenait donc, dans le projet du gouvernement, sans distinction de modalité d'entrée :

« Art. 21. — Le Préfet pourra toujours, après avoir pris l'avis du médecin traitant, ordonner la sortie immédiate des personnes placées dans les asiles d'aliénés. »

Et la commission du Sénat proposait :

« Art. 27. — Le Préfet peut toujours, après avoir pris l'avis du médecin traitant ou de la commission permanente, ordonner la sortie des personnes placées dans les établissements d'aliénés.

Cet ordre est notifié à la personne qui a signé la demande d'admission et au chef responsable de l'établissement, lesquels peuvent former opposition dans les 24 heures de la notification.

L'opposition est jugée par le Tribunal civil en Chambre du Conseil. »

Le rapport STRAUSS au Sénat (1912, n° 324, p. 178-179), après avoir rappelé ces textes, ajoute celui, identique, du Conseil supérieur, et celui, analogue, de la Chambre des Députés... Et la commission du Sénat supprime l'article.

La concordance des opinions ne manque donc pas de s'imposer. Il apparaît toutefois que la décision du préfet était considérée en général comme « sollicitée ». Mairet (1914) proposait une application « spontanée » de l'art. 16, comme conséquence possible

de « visites sur place » de la part du préfet, de même que pour celles du Procureur (1).

Bien plus, on a pu craindre que ce droit s'exercât contre l'avis médical et, à propos des préliminaires du rapport de 1884, Motel, à la séance de la Société médico-psychologique du 12 mars 1883 (*loc. cit.*, *A.M.P.*, 1883, II, 116), examinant les divers éléments des articles concernant la sortie, précisait :

« Ce n'est pas tout. L'art. 16 donne au préfet un droit *absolu*. Il peut faire sortir immédiatement toute personne placée volontairement dans un asile d'aliénés. Cette disposition a paru excessive à plusieurs des membres de la commission de révision de la loi ; d'un commun accord, il a été décidé que le préfet ne pourrait pas prendre une mesure aussi radicale sans avoir *demandé l'avis du médecin* de l'établissement. Cette réserve est-elle suffisante ?... Non, si le médecin n'ose pas affronter un conflit avec l'autorité préfectorale. Il est vrai que, dans la pratique, il n'y a pas, que nous sachions, d'exemple d'abus de pouvoir, et que, jusqu'à ce jour, les préfets *ont apporté dans l'exercice de ce droit la plus grande réserve*. Il suffit qu'il puisse n'en pas toujours être ainsi, au grand dommage des familles, de la société, de l'aliéné lui-même, pour qu'une restriction qui n'a rien d'ailleurs d'excessif soit formulée dans la loi nouvelle. »



Il m'apparaît, pour conclure, que les textes retrouvés et cités parlent d'eux-mêmes, et je ne puis que laisser au lecteur le soin de se prononcer entre l'opinion que j'émettais à propos d'un cas d'espèce et celle d'une administration compétente. J'entends bien qu'on pourra m'objecter que l'article 16 a stipulé : « Le préfet *pourra*... »

(1) Ces points de vue ont été notamment exprimés dans les circulaires ministérielles du 14 août 1840, du 28 décembre 1842, et surtout du 18 juin 1906 (*J.O.* du 19 juin 1906).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 10 Janvier 1944

Présidence : M. LHERMITTE, président

PRESENTATIONS

Hallucinations auditives sans délire par affections neurologiques, par MM. DAVID, H. HECAEN et R. COULONJOU.

Nous croyons intéressant de rapporter, pour les commentaires qu'elles peuvent suggérer, deux observations d'hallucinations auditives, l'une par lésion centrale, l'autre par lésion périphérique.

OBSERVATION I. — Dans cette observation, déjà rapportée par l'un de nous avec Ajuriaguerra dans un travail qui doit paraître prochainement sur les hallucinoses et les hallucinations dans les tumeurs cérébrales, il s'agissait d'une femme de 31 ans, qui, souffrant de céphalées depuis deux ans, commence à présenter des crises épileptiques généralisées en juin 1939. Ces crises comportaient des auras hallucinatoires auditives composées de bourdonnements, de chants d'enfants dont elle reconnaissait bien les airs sur le moment, sans pouvoir cependant en distinguer les paroles, mais qu'elle oubliait par la suite. La crise convulsive ne succédait pas toujours à ces auras qui se modifièrent, par la suite : les chants étaient remplacés par des airs d'orchestre dont elle ne gardait pas non plus le souvenir. Ces équivalents comportaient des symptômes aphasiques : elle voyait bien les personnes qui l'entouraient, mais elle ne pouvait pas leur parler et ne comprenait pas ce qu'elles lui disaient. Il n'y avait pas d'hallu-

cinations des autres sens. Les crises convulsives disparurent, puis les équivalents eux-mêmes à partir de mai 1942. Il n'y avait plus de céphalées. Mais l'acuité visuelle baissait et il existait une stase papillaire bilatérale, tandis que les signes neurologiques étaient réduits à une hyperextensibilité droite et à quelques secousses nystagmiformes dans le regard latéral droit. L'audition était normale. Au point de vue mental on notait un léger état dépressif avec une certaine irritabilité se manifestant surtout avant les crises ; mais le fonds mental n'était pas troublé et la malade n'attachait aucune croyance à ses hallucinations.

L'intervention chirurgicale (M. David) permit l'ablation d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde (variété externe), de la grosseur d'une mandarine, qui comprimait la partie antérieure du lobe temporal gauche. La guérison s'ensuivit.

OBSERVATION II. — Mme D..., 37 ans, a des antécédents assez chargés. Elle a eu deux frères : l'un mort-né, l'autre décédé à la naissance. Elle-même a subi deux interventions chirurgicales (mastoïdite-ovariotomie double). Elle divorce au bout de trois ans de mariage ne pouvant s'entendre avec son mari qui, dit-elle, était buveur et violent. Remariée depuis dix ans, elle vit en assez bonne intelligence avec son époux qui lui reproche seulement quelques troubles du caractère apparus depuis sa maladie. Celle-ci a débuté en mars 1942 par des céphalées et des vertiges. Puis apparurent des troubles de l'ouïe, assez brusquement ; siégeant d'abord à gauche ils devinrent bientôt bilatéraux et aboutirent rapidement à une surdité absolue et telle qu'elle rend l'interrogatoire difficile. Il s'agit d'un processus syphilitique comme en témoignent les réactions sérologiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Les réactions labyrinthiques à l'épreuve calorique se sont montrées normales. Une série d'injections de cyanure de mercure négativa les réactions sérologiques, fit disparaître la céphalée, mais n'eut aucune action sur l'acuité auditive et les phénomènes subjectifs auriculaires.

Ces derniers, qui plus particulièrement nous intéressent ici, apparurent en même temps que l'hypoacousie. Elle percevait d'abord (par une oreille ou par l'autre) des bruits qu'elle comparait à un jet de vapeur, à de l'eau qui coule d'une gouttière dans un seau, au grincement d'une charrette. Ces bruits, qui persistent tout le temps, forment un fonds sur lequel elle perçoit ultérieurement des bruits de plus en plus différenciés, non plus par les oreilles, mais dans sa tête : bruits de silex frottés l'un contre l'autre, mitrailleuse de D.C.A., oiseaux, cloches, forgerons frappant sur l'enclume, puis des airs ou des chansons dont elle reconnaît l'origine (Chopin, Tino Rossi). En mars 1943 c'est une foule qui parle confusément sans qu'elle puisse distinguer les paroles, toujours dans sa tête. Quelques mois plus tard elle n'est pas peu surprise d'entendre dans les mêmes conditions : « M.... » et

de reconnaître la voix de son frère qui la fait ainsi se retourner malgré elle. Plus récemment elle perçoit les mots : « Thérèse est une tête de lard ». Notons qu'elle avait fréquemment des discussions avec son frère et que Thérèse était une de ses amies dont l'attitude l'avait précédemment irritée. Enfin il lui est arrivé à plusieurs reprises, dès qu'elle a commencé sa prière, d'entendre comme une foule dans une église qui dit aussi la même prière, mais beaucoup plus rapidement qu'elle, au point qu'elle ne peut la suivre. Parfois elle chante ce qu'elle entend dans sa tête. Elle n'a jamais à aucun moment été dupe de ces hallucinations et les a fort bien critiquées ; elle n'a pas été sans en être surprise à plusieurs reprises, au point de se retourner, mais elle ne leur a accordé aucune croyance. Elle nous disait même lors du dernier interrogatoire : « Je l'ai entendu dans ma tête, mais comme venant de moi ; il me semble que c'est parce que je l'ai pensé. » En outre en dehors d'un certain agacement et de quelques troubles du caractère, son comportement était assez normal pour qu'on demandât secours au neurologue plutôt qu'au psychiatre.

Dans la première de ces observations les phénomènes ont un caractère de sensorialité et de projection spatiale beaucoup plus marqué que dans la deuxième. Dans celle-ci par contre la personnalité est plus manifestement intéressée : il y a de l'hyperendophasie, de l'écho de la pensée, une projection des préoccupations affectives de la malade sur les bruits subjectifs ; c'est un état proche des hallucinoses du type Dupré-Gelma. Si on adopte la classification de Henri Ey pour qui ces hallucinoses sont déjà un délire et pour qui le terme d'hallucinoïse doit être réservé à des dissolutions locales à signification neurologique, on devra étiqueter hallucinoïse le premier cas et hallucination le deuxième. Notons cependant, d'une part, que les hallucinations de notre deuxième malade sont bien en rapport avec une lésion des voies acoustiques et, d'autre part, que si sa personnalité est fortement engagée elle ne délire pas. Peut-être peut-on saisir chez elle le passage de l'hallucinoïse à l'hallucination. Pour nous ces deux phénomènes ne sont pas de nature aussi différente que le veut Henri Ey ; ce ne sont que des degrés d'un même trouble. Il semble par contre qu'il y a une cloison beaucoup plus étanche entre les bruits subjectifs communément perçus par les sourds et le groupe hallucinoïse-hallucination qui se différencie par une participation de la personnalité : celle-ci, moins évidente que dans l'hallucination, pourra déjà apparaître, pensons-nous, dans l'hallucinoïse, par l'étude de son contenu.

En dehors de l'intérêt dogmatique il peut y avoir un intérêt pratique à ne pas faire une distinction trop radicale entre hallu-

cinose et hallucination, puisque celle-ci a pu se révéler d'une valeur localisatrice précieuse dans les affections cérébrales ; à ce propos l'observation la plus typique est celle du Dr de Morsier dans laquelle des hallucinations auditives dues à un méningiome comprimant le lobe temporel avaient servi de point de départ à un délire de persécution.

Enfin, bien qu'il faille faire une réserve sur la nature purement périphérique de la lésion de notre deuxième malade qui était syphilitique, il est intéressant de constater ici qu'il faut considérer un système sensoriel non pas seulement à tel ou tel de ses points, mais comme un tout : « l'analyseur » va du cortex à la périphérie et tout le système peut être ébranlé en quelque endroit que siège son atteinte.

DISCUSSION

M. J. LHERMITTE. — Le problème des hallucinations est toujours d'actualité et l'on se demande en une certaine école s'il existe une différence entre l'hallucination critiquée et l'hallucination dite vraie dans laquelle la personnalité est engagée.

J'ai insisté longuement sur le fait d'observation qui nous montre l'association chez le même malade de phénomènes sensoriels et d'hallucinations complètes. Toutefois, il ne faut pas penser que l'hallucinose consécutive à une lésion limitée de l'encéphale puisse être expliquée simplement par une excitation corticale limitée. Il est indispensable que les fonctions psychologiques soient modifiées dans leur ensemble pour que se développe une perception sans objet. Et je pense avec M. Head qu'il existe un état général hallucinatoire comme fond du désordre sensoriel. Enfin, comme le montrent les présentateurs, ce n'est pas toujours le délire qui permet l'éclosion de l'hallucination, mais assez souvent c'est celle-ci qui commande celui-là.

M. HEUYER. — Je m'associe aux observations de M. Lhermitte. Il y a une différence de quantité et non de qualité entre l'hallucinose et l'hallucination. J'ai publié il y a deux ans une observation typique d'hallucinose ayant évolué vers une psychose hallucinatoire. Je pourrais citer un autre cas, celui d'une femme, actuellement internée dans le service de M. Beaudouin, et qui présente elle aussi de l'hallucinose à la limite de l'hallucination. Quant à la « dissolution », locale ou générale, ce sont là des mots. L'observation précise d'un fait me paraît préférable, en l'espèce, aux théories.

M. MARCHAND. — Si nous observons les sujets atteints de psychose hallucinatoire et internés dans les hôpitaux psychiatriques, la plupart croient à la réalité extérieure de leurs hallucinations ; on ne peut leur faire admettre le caractère pathologique de leurs troubles sensoriels.

Comme viennent de le montrer MM. Lhermitte et Heuyer, certains sujets au début de leur psychose sont atteints d'hallucinations qu'ils considèrent tantôt comme un phénomène pathologique, tantôt comme une perception vraie. Il y a donc des formes de passage entre les deux sortes de troubles. Il y a plus de vingt ans, à la séance de la Société de psychiatrie du 12 juin 1912 j'ai présenté, avec mon regretté élève Georges Petit, une malade qui était atteinte d'hallucinations auditives surtout verbales dont elle admettait habituellement l'origine subjective. Sur cet état hallucinatoire conscient se greffaient des épisodes de délire hallucinatoire durant lesquels la malade croyait à la réalité extérieure objective de ses hallucinations. Dans l'intervalle des accès délirants elle reprenait sa lucidité et son autocritique.

Ictus amnésique chez une tabétique,
par MM. HEUYER et ROUAULT DE LA VIGNE

Nous avons eu l'occasion d'examiner à l'Infirmierie spéciale une malade qui a présenté un ictus amnésique tel que l'a décrit Garnier, médecin-chef de l'Infirmierie spéciale.

OBSERVATION. — P... Suzanne, âgée de 61 ans, entre à l'Infirmierie spéciale le 18 novembre 43, à midi, envoyée par le commissariat de police de Clignancourt, pour un état amnésique survenu la veille, dans l'après-midi. La malade raconte qu'après une violente discussion survenue chez sa fille après le déjeuner, elle est sortie vers 15 h. 30, et elle est partie dans la rue en cheveux, sans s'habiller ; elle ne sait pas comment elle s'est retrouvée dans l'église de Notre-Dame de Clignancourt. Elle explique que, très croyante, elle avait l'habitude de trouver à l'église un réconfort à ses chagrins. Elle avait demandé au bedeau quelle cérémonie venait de se terminer. A ce moment, une douleur subite tombait sur elle comme une pierre et la serrait aux tempes. Elle fut incapable de dire au curé où elle habitait. Elle se souvenait de son nom, mais elle avait oublié l'adresse de son fils et celle de sa fille, chez qui elle se rappelait avoir habité depuis une quinzaine de jours. Elle n'a eu aucun trouble visuel, ni bourdonnement d'oreilles, ni crampes, ni paralysie.

Conduite au poste de police, elle y passa la nuit sur une chaise sans la moindre fatigue ; jusqu'au lendemain soir, elle ne mangea rien. La céphalée persista toute la nuit ; « la tête était serrée comme près d'éclater ». Cette céphalée s'atténua progressivement. Le lendemain matin, une amnésie partielle persistait et la malade fut conduite à l'Infirmierie spéciale.

Au cours de l'examen, elle déclare qu'elle ne sait pourquoi elle a été amenée à l'Infirmierie spéciale ; elle s'en étonne ; « vraiment, ma

place n'est pas ici », dit-elle. Elle dit que sa fille habite du côté du boulevard Ornano ; elle ne se rappelle plus l'adresse de son fils.

Elle se présente bien ; elle est correcte et pertinente. Sa mémoire d'évocation paraît fidèle ; elle nous expose facilement ses antécédents qui ne présentent rien de particulier. Elle aurait eu une sœur jumelle morte à 9 ans, d'anévrisme dit-elle. Elle s'est mariée à 27 ans. Elle a eu un premier enfant qui a 36 ans, puis une fille qui a 33 ans ; ils sont bien portants. Ensuite, elle a eu un autre enfant, accouché par césarienne et qui est mort 2 heures après. L'année suivante, elle eut une deuxième césarienne et mit au monde un enfant qui mourut aussitôt. A 40 ans, elle subit une hystérectomie totale. La malade nie toute spécificité ; elle n'a pas eu de roséole ; elle n'a jamais suivi de traitement et n'a jamais été examinée au point de vue neurologique.

Elle nous raconte une histoire très circonstanciée sur ses antécédents familiaux, où rien n'est à retenir ; elle nous raconte l'histoire de sa vie ; institutrice, elle a donné des leçons à travers l'Europe ; pendant 20 ans, elle fut heureuse. Puis vinrent des années de malheur. Sa fille, à 15 ans, s'enfuit avec un acteur de cinéma ; elle lui donna beaucoup de soucis. Elle refusa de travailler honnêtement ; elle prit des leçons de danse et s'adonna à la boisson ; en juillet 43, elle a épousé le barman avec lequel elle vivait. Elle s'entendait mieux avec son fils, qui s'engagea dans l'armée et qui fut licencié au moment de l'armistice. Le 27 novembre 42, elle vint habiter chez son fils à Paris, mais après le mariage de celui-ci, elle habita chez sa fille. Elle ne s'entendait pas avec elle, et elle songea à se suicider par le gaz. C'est après une discussion très vive avec sa fille qu'elle eut cette idée.

L'examen permet de constater un bon état général, mais elle a un tabès indiscutable : abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, pupilles inégales, irrégulières avec abolition du réflexe photomoteur. A noter qu'il n'y a pas de signe de Romberg ; il n'y a pas de troubles sensoriels, ni de troubles sensitifs sauf une légère atteinte de la sensibilité profonde.

La ponction lombaire est négative : alb. 0,30, leuco. 1,6, Pandy, Weichbrodt, Meinicke, Verne, Benjoin, négatifs.

L'examen expérimental de la mémoire pratiqué par Mlle Peyras a montré que, dans la mémoire immédiate, elle est capable de se rappeler sept chiffres, mais seulement trois chiffres à rebours. Au cours de la représentation visuelle simultanée, elle se rappelle six chiffres : présentation des images : 8 sur 12 ; phrases de 20 syllabes ; phrases de 24 syllabes. Le récit de mémoire donne 13 sur 20 avec de grosses erreurs et une faiblesse marquée de l'enchaînement logique. Les souvenirs réapparaissent dans un ordre très lâche après un moment de latence. La malade ne prend pas conscience de ses lacunes, ni de ses erreurs.

En résumé, grande fatigabilité et grosse difficulté de synthèse vérifiée par les chiffres à rebours et le récit.

Evolution. — Arrivée à l'Infirmierie le jeudi, l'amnésie a persisté toute la journée ; toutefois, au début de l'après-midi, elle s'est rappelé le quartier où habite son fils, mais non l'adresse. Vendredi matin, réapparition soudaine des souvenirs, de l'adresse de son fils et de sa fille. Souvenirs assez vagues de la période supposée lacunaire ; se souvient mal qu'elle a été voir sa belle-fille ; ne peut donner de nom de l'église où elle est entrée, elle sait seulement qu'il s'agit d'une église du 18^e arrondissement.

La malade a été reprise le jour même par son fils qui est venu la chercher. Nous l'avons examinée à nouveau 15 jours après. Les troubles de la mémoire avaient complètement disparu. La malade se rappelait exactement les faits pour lesquels elle était venue à l'Infirmierie. Depuis sa sortie, elle travaille chez un prêtre sans attirer l'attention sur elle.

Commentaires. — Il s'agit de l'ictus amnésique, forme de l'ictus psychique décrit par Garnier. Benon donne de l'ictus la définition suivante : les ictus amnésiques sont caractérisés par le fait que chez le malade la perte de la mémoire est rapide, plus ou moins complète et de courte durée.

Comme le rappellent Logre et Deshaies, l'ictus amnésique survient brusquement, enlève au sujet la notion de son identité personnelle : il ne se rappelle plus son nom, son adresse, son métier, etc... ; il est plus ou moins désorienté dans le temps ; il n'est pas aphasique. Quand l'ictus le surprend dans la rue son égarement attire l'attention des gens, comme dans le cas de notre malade qui fut dirigée sur l'Infirmierie spéciale.

Garnier et ses élèves Dromard et Levassort incriminent surtout l'artério-sclérose cérébrale. Pour Dupré, cet épisode clinique signifie presque toujours une poussée de désintégration cérébrale : « C'est l'équivalent physique d'un épisode moteur chez un sujet voué d'ordinaire à d'autres ictus d'ordre neurologique plus graves : apoplexie, mort après un ou plusieurs ictus de gravité variable » (Logre et Deshaies).

Chez notre malade, qui est tabétique, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un ictus au cours d'une paralysie générale au début. Les ictus amnésiques de la paralysie générale ont été étudiés notamment par Benon en 1908 et par Giscard (thèse Toulouse 1929-30). Ni au point de vue psychique, ni au point de vue biologique, il ne s'agit d'une paralysie générale. Le trouble de la mémoire a été isolé, brusque, de courte durée, et nous insistons sur son électivité particulière : oubli surtout de tout ce qui concernait sa fille avec laquelle elle venait d'avoir une dispute très violente.

Sans doute, l'origine organique de cet ictus amnésique est indiscutable ; il est dû vraisemblablement à un spasme vasculaire mais, d'une part, le rôle de l'émotion dans ce spasme paraît vraisemblable, et d'autre part, la localisation de l'amnésie paraît en rapport avec le trouble affectif originel.

Giscard, dans sa thèse, pose le problème anatomo-pathologique, discute le syndrome pré-frontal, le rôle des lobes frontaux, du corps calleux. Il nous paraît impossible de choisir entre ces hypothèses.

BIBLIOGRAPHIE. — GARNIER : Les amnésies. *Bulletin médical*, 1905. — DROMARD et LEVASSORT : *L'amnésie*. Alcan, 1907. — BENON : Les amnésies : étude clinique. *Gaz. des hôp.*, 1908 ; Les ictus amnésiques dans la paralysie générale. *Gaz. des hôp.*, 1^{er} oct. 1908. — GISCARD : La forme amnésique de la paralysie générale. *Thèse Toulouse*, 1929-1930. — LOGRE et DESHAIES : A propos de quelques ictus psychiques. *Sem. des hôp. de Paris*, 1^{er} oct. 1940.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — On sait aujourd'hui qu'il existe des localisations cérébrales du tabès. Le tabès ne circonscrit pas ses lésions à la partie postérieure de la moelle. On y décrit des lésions étendues concomitantes d'artériosclérose et de méningite. Des troubles circulatoires peuvent donc se produire sous l'influence d'une émotion. L'extension des lésions doit d'ailleurs toujours faire réserver l'avenir au point de vue paralysie générale.

Paranoïa d'involution, par M. M. MONTASSUT et M^{me} J. SAUGUET.

OBSERVATION. — M..., 60 ans, est interné en janvier 1943, après expertise ordonnée en raison de ses bizarreries au cours de l'instruction. Inculpé d'escroquerie, il refuse en effet de s'expliquer, prétextant ne pas reconnaître la justice d'un monde corrompu. Depuis, M... n'a pas modifié son comportement initial : inactif et résolument hostile. Il s'isole des autres malades et n'a pas d'autres préoccupations que de réclamer véhémentement l'amélioration de son régime. Ce souci contraste singulièrement avec une benoîte sournoiserie et l'affectation de préoccupations religieuses. Au prix de quelques flagorneries M... expose complaisamment sa doctrine, en une phraséologie creuse et prétentieuse. « Le Christ n'agit qu'en ce qui se trouve en sa nature spirituelle et non dans celle des esprits qui sont contraires ou étrangers. Si nous voulons sentir ses vertus et ses bienfaits, il faut se purifier de tout ce que nous sentons en nous de contraire. Le Christ n'est pas venu dans le monde pour l'éclairer dans la vie des péchés, mais pour le retirer de ses péchés et le conduire dans les voies de la

justice de Dieu... L'obstacle se trouve dans notre propre nature que nous devons surveiller si nous ne voulons pas être surpris par la puissance mauvaise qui est en nous et très subtile. »

M... passerait pour mystique, si ce souci de perfectionnement aboutissait à une fusion intime avec Dieu dans la contemplation et l'extase, s'il se consacrait par des mortifications et des exercices de prière. Mais M... se refuse encore à coopérer de manière personnelle à l'édification du corps mystique : point de communion avec ses frères, de participation aux bonnes œuvres, aux générosités et sacrifices. M... est seul, le cœur orgueilleux et sec, sans amour pour les humains, sans élan vers son Dieu. Il juge méprisable les pratiques d'un culte, la méditation de textes sacrés, la fréquentation des prêtres. « Les théologiens discutent dans l'ignorance et la méchanceté, point n'est besoin d'être savant pour les confondre... La Science de la Vie est don de l'Esprit Saint aux esprits appelés par leurs mérites intellectuels et moraux. » M... s'estime spécialement élu, « préoccupé de la seule Vérité ». Il est arrivé à la connaissance « des choses bien au-dessus de la compréhension moyenne », de la nôtre en particulier, car il nous refuse tout développement. Sa prédication est du reste un ronronnement monotone, pâle écho de lectures bibliques et de sermons lointains, sans grande cohérence et à dialectique faible. M... n'en tire pas moins une grande vanité. S'il désespère maintenant d'arracher les humains à leurs erreurs, il a la satisfaction maligne d'être des rares élus qui échapperont au courroux de son Dieu. Aussi se réjouit-il de prophétiser la fin prochaine du monde et plus spécialement le châtimement des coupables ; juges et médecins seront particulièrement punis. Il y voit un acte d'élémentaire justice à l'égard de ceux qui l'ont « méconnu ou brimé » dans les prisons et les asiles. S'ils l'ont puni c'est grâce à l'incohérence des lois humaines, si d'autres l'ont « persécuté, contredit, calomnié », ridiculisé plus ou moins secrètement, c'est parce qu'ils sont hors des chrétiens. Sur eux, « Dieu qui est celui de la Justice mais aussi de la Vengeance fera sentir le poids de sa colère ».

Cet accusateur prolix est plus discret sur son passé judiciaire. Depuis 1922, il a encouru 11 condamnations pour divers motifs : abandon de famille, faillite, falsification de denrées alimentaires, infractions aux règlements du ravitaillement, escroquerie. Il refuse alors de s'expliquer, affirmant doucereusement ou hargneusement : « Je n'ai rien à me reprocher vis-à-vis de la Justice divine, je ne reconnais pas celle d'un monde sans honneur et sans foi... Je n'ai pas d'engagement à prendre avec la société mais avec Dieu seul ». M... ne se reconnaît pas davantage coupable devant sa propre conscience. La faute à ses yeux ne peut exister parce que sanctionnée par une justice humaine, hostile à Dieu. Il tire vanité d'avoir enfreint les réglementations tracassières du ravitaillement, mais il n'a pas plus de regrets pour ses escroqueries et se refuse à dédommager ses dupes. Tous ses malheurs, prétend-il, sont causés par une organisation sociale

malfaisante et incapable. M... croit apporter une solution aux problèmes du rationnement actuel ; sur la foi de puériles expériences, il se propose d'édifier des entreprises de déshydratation de vivres. D'une manière générale, il est pour le retour immédiat au libéralisme économique, mais avec la possibilité de pratiquer des prix de marché noir et celle de baptiser impunément les produits laitiers ! Comme on le voit : puérilité, amoralité, indocilité foncière, l'entraînent invinciblement au conflit social.

Ses possibilités pragmatiques sont heureusement inhibées par un affaiblissement intellectuel. M... est incapable d'une activité intellectuelle spontanée et durable ; son idéation est monotone, sa mémoire défaillante et son autocritique est faible, même pour des thèmes indifférents. L'involution est soulignée encore par une sénescence physique précoce, une maladie de Parkinson apparue depuis quelques années et des reliquats de spécificité nerveuse.

Le diagnostic hésite devant un tel malade chez qui nous trouvons : des idées délirantes pauvres et assez mal coordonnées à thèmes pseudo-mystiques, de revendication et de persécution, d'invention et de grandeur. Idées élaborées sans appoint psychosensoriel, à l'aide d'interprétations erronées mais surtout par affirmation ou méconnaissance systématique.

L'hypothèse de simulation vient naturellement à l'esprit lorsqu'on considère son passé judiciaire, la gravité de l'affaire suspendue après expertise, le comportement actuel. M... a fait autrefois preuve de rouerie et maintenant sous des airs hypocritement benoîts, il déploie encore beaucoup d'astuce pour améliorer son confort et son ravitaillement, on peut dire qu'en cela réside acutellement toute son activité. Mais parce qu'elle s'exerce aussi trop souvent à l'encontre de ses intérêts, la simulation est à éliminer.

Evidemment nous sommes en présence d'une psychose paranoïaque de caractère particulier. Il ne s'agit pas d'un typique délire de Sérieux et Capgras car la systématisation est relâchée, l'interprétation fausse n'y est qu'épisodique sans valeur constructive ni extensive, l'affaiblissement intellectuel trop marqué. La psychose à idée prévalente est aussi à rejeter, les sentiments de préjudice et les besoins de réforme sont multiples, ils ne sont pas coordonnés par un thème passionnel sthénique, ils n'ont pas entraîné de processivité soutenue. Ce qui frappe au contraire chez M... c'est son inertie intellectuelle, la médiocrité de sa dialectique, la coordination imparfaite de griefs épars et cependant irréductibles. Pauvreté idéative et relâchement logique d'une part,

d'autre part, indocilité foncière à toute suggestion étrangère composent le tableau clinique que nous tenons pour une paranoïa d'involution. L'affaiblissement intellectuel ne permet qu'à grand'peine l'exploitation d'idées délirantes tardivement apparues à l'issue de la répression pénale dans l'oisiveté de l'asile et avec sa déchéance physique. Elles satisfont le très général besoin de compensation (1) et d'explication qui méconnaît la réalité pour mieux composer des fictions agréables. Grâce à elles, M... s'épargne le remords, triomphe de ses tuteurs, mais il rêve son délire plutôt qu'il ne le vit. Il ne s'agit pas ici de la désagrégation d'une psychose interprétative mais d'un délire consécutif à l'affaiblissement intellectuel. La règle formulée par Sérieux et Capgras (2) est sauve.

Du reste, cette psychose dont nous soulignons les pauvretés est plus un délire des actes qu'un délire intellectuel. La disproportion est flagrante entre l'hostilité sociale et la puérilité des arguments qui prétendent la justifier. Le comportement est plus nettement paranoïaque que le mécanisme délirant, l'orgueil et l'inadaptabilité sont plus manifestes que les constructions interprétatives et paralogiques. Nous avons ici l'illustration de la théorie de Kleist (3) qui considère la paranoïa d'involution comme une exaltation tardive de prédispositions anciennes. Plus spécialement, nous assistons à l'épanouissement électif des tendances constitutionnelles les plus marquées au cours de l'existence : l'insoumission sociale, l'autodidactisme et le prosélytisme. En effet, à 15 ans, M... quitte sa province et après divers apprentissages infructueux s'installe à son compte. Activité du reste mal définie qui consiste à revendre à quelques clients lait et fromages achetés aux Halles. Ceux-ci sont « traités » en appartement, pompeusement baptisé laboratoire, car M... n'aura jamais d'installation professionnelle. En 1939, il entreprend des affaires de plus d'envergure, mais son insoumission majeure aux décrets du ravitaillement déclenche une recrudescence de poursuites. Entre temps, il épouse, à 53 ans, une femme qu'il quitte rapidement parce qu'impropre « à s'associer à ses travaux et en contradiction constante avec sa foi ». Vie en somme très obscure ; si M... n'avait eu — croit-il — quelques instants de célébrité. Après de creuses méditations cet asocial inculte veut conquérir les

(1) MONTASSUT. — Les compensations imaginatives. *Evolution psychiatrique*, IV, 1934.

(2) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les folies raisonnantes*. Alcan, 1914.

(3) KLEIST. — Involution paranoïa. *Allg. Ztsch. ges. Neur. Psy.*, 1913.

masses par une activité de controversiste et de conférencier. Il suit les débats de certaines sectes religieuses, donne une vingtaine de conférences, rédige des mémoires et des tracts. L'échec piteux de ce prosélytisme confirme M... dans sa vision pessimiste du monde, il l'incline à l'autodidactisme puéril et à l'oraison secrète. Incapable d'unisson même avec le Dieu qu'il s'est composé, impropre à toute sympathie, M... a toujours manifesté une complète psycho-rigidité, pour nous, trait essentiel de la constitution paranoïaque (1).

La délinquance relève en grande partie de cette indocilité majeure, la révolte ou la vengeance n'expliquent pas cependant les fraudes et escroqueries. Pour les perpétrer autrefois, pour les excuser maintenant, M... montre une duplicité et une totale absence de sens moral. Cette attitude est assez rare chez les paranoïaques à l'amour-propre si vif, au sentiment de l'honneur parfois si chatouilleux. Force est donc d'admettre que chez M... la constitution paranoïaque n'est pas pure et qu'elle s'allie à des tendances empruntées à d'autres structures mentales, plus spécialement à la constitution perverse. Ceci, croyons-nous, n'est pas en opposition avec une doctrine constitutionnaliste bien comprise car nous nous refusons l'illusion d'inscrire un caractère tout d'un bloc dans un cadre rigide et immuable. Nous tenons au contraire la constitution pour un canevas général sur lequel brode la vie au cours de ses réussites et de ses épreuves. Aussi la constitution mentale, expression d'un déséquilibre, peut offrir de multiples combinaisons avec les autres caractères morbides comme Delmas l'a établi (2). Nous avons souligné autrefois les fréquentes parentés de la paranoïa avec l'émotivité, la cyclothymie et la psychasthénie. Dans ces groupements, les tendances associées généralement plus tardives, discrètes ou épisodiques, cristallisent autour d'une constitution fondamentale originelle et prévalente ; elles sont comme les harmoniques d'un son fondamental. Chez M... les perversions offrent ce caractère parcellaire et accessoire. Si l'anamnèse ne permet pas de détecter leur apparition, l'examen de la délinquance fait supposer qu'elles se sont épanouies tardivement avec les prodromes de l'involution actuelle

(1) MONTASSUT. — *La constitution paranoïaque*, Paris, 1924.

(2) DELMAS et BOLL. — *La personnalité humaine*, Flammarion, 1923.

Deux cas de démence précoce post-traumatique,
par M. M. MONTASSUT et M^{me} J. SAUGUET.

Avec ses rapporteurs Schmite et Sigwald (1), le dernier Congrès de Montpellier a reconnu que les séquelles mentales étaient rares au cours des traumatismes anciens du crâne. Pour Masquin (2) elles relèvent pour la plupart de la confusion mentale chronique, mais on a rapporté des cas plus disparates. La psychose traumatique tardive affecte alors l'aspect d'une pseudo-paralysie générale (Dupouy et Courtois), d'un délire plus ou moins systématisé hallucinatoire ou interprétatif (Morsier et Jentzer). Quelques cas d'authentique démence précoce ont été rapportés par Juquelier et Capgras, Trénel et Sizaret, Marchand, Fortineau et Mlle Petit, Le Guillant et Marcschal. Dans le service, où la raréfaction des entrées incline à l'étude des chroniques, nous avons retrouvé quatre psychoses post-traumatiques répondant respectivement à la confusion mentale chronique, au syndrome de Korsakoff et à la schizophrénie. Ces deux derniers nous ont paru intéressants à rapporter.

OBSERVATION I. — V..., 35 ans, a fait à l'âge de 11 ans une fracture de la base du crâne consécutive à une chute sur le verglas. La perte de connaissance dure une huitaine de jours, la confusion plusieurs semaines, les céphalées plus d'un an. Elles se calment pendant une durée identique pour réapparaître à 15 ans avec plus de violence. Deux ponctions lombaires sont faites alors à la Salpêtrière dont nous ignorons le résultat biologique mais qui semblent avoir soulagé nettement le malade de ses maux de tête. A 17 ans, se précisent des troubles du caractère et de l'activité, une désaffection puis une hostilité familiale, de l'indifférence sexuelle, qui évoluent pendant quatre ans insidieusement et dont l'aggravation progressive motive l'internement en 1931. A l'entrée, le malade, qui est totalement inactif depuis 4 mois, présente des idées de persécution mal coordonnées avec sentiment d'influence, hallucinations épisodiques et cénestopathies crâniennes. Ses réactions affectives sont pauvres ou inadéquates. Durant les premiers mois le malade se montre irritable et impulsif épisodiquement, plus spécialement violent lors des visites, puis les troubles du caractère s'apaisent comme les idées délirantes et les troubles psycho-

(1) SCHMITE et SIGWALD. — Problèmes neurologiques et psychiatriques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens. *Congrès des aliénistes et neurologistes de France*, Montpellier, 1942.

(2) MASQUIN. — *Syndromes confusionnels dans les grands traumatismes crâniens*, Le François, 1931.

sensoriels. Depuis 12 ans, le comportement est celui d'un hébéphrénocatatonique.

L'inertie psychomotrice est prévalente : inactivité totale, absence de toute spontanéité mentale et pauvreté des automatismes, désordre grave de la tenue, conservation des attitudes, inexpressivité mimique, stéréotypies élémentaires et maniérisme monotone. L'interrogatoire met rapidement en valeur le trouble profond du cours des idées. La compréhension est satisfaisante, mais les réponses, parfois pertinentes, deviennent rapidement évasives, ambivalentes ou incohérentes. Elles sont syncopées par de fréquents barrages ou entrecoupées de soliloques marmottés ou de salades de mots. L'orientation est imparfaite, V... se sait dans un hôpital dont il ignore la nature, il s'y croit depuis 5 ans et en 1933. Néanmoins, il connaît le nom de ses infirmiers et de quelques malades. Il n'ignore pas les événements actuels dont il fournit des commentaires approximatifs : « Les Américains et les Anglais font la guerre à la France, ils ont attaqué toute la Normandie..., l'an dernier ils ont fait un peu de bombardement en Italie..., c'est une question de politique des terroristes..., les généraux français de 1918 sont à Londres. Les Allemands sont du Reich..., ils occupent un peu la France, peut-être la Meurthe-et-Moselle. » Réponses analogues sur son internement : « C'est pour une ancienne affaire de tête qu'on avait soignée au sérum antitétanique..., on avait trouvé deux taches à la radio après une chute sur le verglas. » V... conserve aussi un assez bon souvenir de ses visites et des événements familiaux, mais il les relate avec un profond détachement : « Je ne suis en deuil que depuis un an d'un monsieur qui venait souvent et qui était le neveu de ma mère. » V... n'a jamais manifesté de fabulation compensatrice. La marque spécifique de son état est l'indifférence, il ne se soucie pas de son avenir, n'est pas affecté par son séjour, se désintéresse de ses visites, vit à l'écart de ses compagnons et enregistre passivement ses troubles psycho-sensoriels. A nos questions, il répond : « J'entends quelqu'un qui crie, mais je ne le connais pas... oui je parle seul souvent, mais cela ne m'intéresse pas. » Du délire initial il ne subsiste rien, la désagrégation intra-psychique est profonde. L'examen somatique est normal, le malade ne présente pas de séquelles neurologiques : céphalées, vertiges, et même les quelques crises comitiales présentées au cours de l'adolescence ont totalement disparu.

OBSERVATION II. — C..., 38 ans, marinier est victime en novembre 1938 d'un accident de travail. Au cours du chargement de sa péniche il reçoit sur la tête une pièce de fonte de 75 kilos qui provoque apparemment une plaie du cuir chevelu de la région pariétale droite et une fracture du bras. Le trauma est suivi immédiatement d'une perte de connaissance d'une demi-heure. La céphalée et les troubles du caractère apparaissent un mois après, en même temps que de l'intempérance. Il consulte à la Pitié. La radio du crâne, les examens neurologique et ophtalmologique sont négatifs. Le malade refuse l'encépha-

lographie proposée. Au bout de six mois, C... reprend son travail avec difficulté. Son irritabilité persiste et il présente à plusieurs reprises des bouffées confuso-oniriques. Il se croit menacé par des passants, poursuivi par des policiers, trompé par sa femme. Il est expertisé en juin et obtient une invalidité de 25 % qu'il accepte, mais il refuse de reprendre son travail, car il prétend être inspecteur de police et gagner 4.500 fr. par mois.

Il est interné peu après et entre dans le service en décembre 1938 où il se présente comme un paranoïde, ce que confirmera l'évolution. Actuellement, le malade est bien orienté dans le temps et l'espace. Il raconte volontiers son accident, avec quelques petites inexactitudes, mais d'une manière stéréotypée et avec un détachement affectif. Les idées délirantes sont polymorphes et les thèmes ne sont pas coordonnés. Les idées de persécution gravitent autour des compagnies d'assurances et des compagnons de travail. Ceux-ci ont provoqué l'accident par négligence, celles-là parce que jalouses de son gain et par alliance avec les armateurs. Ces « gouapes humains » avaient depuis longtemps prédit qu'il serait interné et à l'asile, ils cherchent à l'empoisonner et les autres malades en mettant de la crasse dans le pain. Ils ont du reste, dans un but qu'il ignore, changé son état civil. Ses parents n'en sont pas responsables, mais ses cousins qui ont volé un livret militaire et « arrangé cela comme des cheveux sur la soupe. On m'a dit que j'étais né à l'hôtel, à Paris, mais je ne sais pas si je ne prends pas la place d'un autre ». Il méconnaît ses propres enfants : « Ils sont à la femme qui a accouché, pas à moi, elle figurait sous le nom de ma femme, mais ma femme faisait la p..., vous n'avez qu'à le demander au gouverneur... Les « bizets » l'ont fait figurer deux fois, ce sont des gens puissants qui vivent au crochet de la classe ouvrière ». Ce délire incohérent n'entraîne pas de réactions congruentes ; il est inactif et le malade l'expose avec indifférence. Même détachement à l'égard des faits actuels. « La guerre ? en voilà une affaire, je devais partir au Maroc avec les Riffains..., je croyais qu'on se battait en Syrie..., les avions qui passent sont des avions de transport, je ne sais pas pourquoi ça tire », etc... C... est indifférent à son sort, il souscrit faiblement à l'idée de sortie, mais à la condition d'être commandé par sa mère, il ne s'est pas inquiété de sa santé au cours d'une pleurésie grave et accepte avec une inertie absolue l'alitement prescrit. Il évite le contact du personnel et des autres malades, ne lit pas, rêve et soliloque fréquemment. Sa passivité est absolue et vouloir l'en arracher déclenche aussitôt des troubles marqués de l'humeur. Au cours de son séjour il n'a pas présenté de crises convulsives. L'examen neurologique est négatif ; la ponction lombaire n'indique qu'une légère albuminose sans leucocytose, les réactions colloïdales et de floculation sont normales.

Cette contribution à l'étude des séquelles tardives des traumatismes craniens nous a paru utile car les observations de

démence précoce sont rares dans notre littérature, une dizaine à notre connaissance, et parce que l'affection est ici indubitable. Il ne s'agit pas en effet de confusion mentale aiguë passée à la chronicité et aggravée par l'enlèvement asilaire. Contrairement aux confusions traumatiques, bien décrites par la plupart des auteurs, Fribourg-Blanc (1), Masquin et Vermeulen en particulier, et observées chez les autres commotionnés de notre service, les troubles intellectuels ici sont corollaires de la dissociation intra-psychique et les perturbations affectives sont fondamentales. Chez nos deux malades, les troubles de l'attention, de l'orientation et de la mémoire sont relativement discrets. Nos sujets ont une connaissance générale des actualités, des souvenirs assez précis de l'accident et de ses suites, mais ils ne leur accordent aucun intérêt. De même, ils ne manifestent aucune propension aux fabulations compensatrices. L'impassibilité émotionnelle souligne encore le déficit affectif et contraste singulièrement avec les troubles classiques de l'humeur et de l'émotivité. Il faut enfin souligner que le tableau clinique est au complet et qu'il ne s'agit point d'une confusion mentale chronifiée ayant emprunté d'éparses tonalités schizophréniques comme : stupeur, négativisme, puérilisme, voire attitudes cataleptoïdes.

Entre les troubles mentaux actuels et le traumatisme, la corrélation nous paraît évidente. Les malades ne présentaient pas de prédispositions psychopathiques et le rôle de l'alcool a été discret et épisodique chez le second sujet. Dans les deux cas, le syndrome schizophrénique s'est installé insidieusement, plus ou moins rapidement, mais à mesure que regressaient les séquelles typiques du trauma crânien. Contribution inattendue à la théorie classique, mais justement critiques de l'antinomie épilepsie-démence précoce, les céphalées, vertiges, et manifestations convulsives ont disparu avec la confirmation de la psychose.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Les deux observations qui nous ont été présentées m'ont particulièrement intéressé. Au terme de « démence précoce » je préférerais celui de « syndrome de démence précoce », puisqu'ici l'étiologie est connue et qu'elle diffère de celles que l'on attribue habituellement aux autres cas. Les états d'affaiblissement intellectuel post-traumatique ne sont pas rares et donnent lieu fréquemment à des

(1) FRIBOURG-BLANC. — A propos des séquelles tardives des blessures du crâne. Considérations cliniques et médico-légales. *Ann. de méd. lég.*, janvier 1927.

expertises médico-légales. D'après les cas que j'ai eu à examiner, on observe des formes très différentes, allant depuis le simple affaiblissement intellectuel jusqu'aux états démentiels les plus profonds.

Pour la détermination du syndrome clinique, j'attribue une grande importance à l'âge auquel est survenu le traumatisme crânien. Quand il survient chez un jeune sujet, comme dans la première observation, dans laquelle le trauma a eu lieu à l'âge de 11 ans, le syndrome est celui d'une démence hébéphrénocatatonique ; quand il survient chez un adulte, comme dans la deuxième observation, dans laquelle le trauma a eu lieu à 38 ans, le syndrome est celui d'une démence paranoïde. C'est une loi biologique générale que les manifestations mentales sont en partie conditionnées comme formes par l'âge auquel le cerveau a été adultéré.

M. Aeh. DELMAS. — Beaucoup de ces formes paraissent au début bénignes et sont méconnues parce qu'elles ont un début insidieux. Je pourrais citer le cas d'un sujet qui se présente actuellement comme une démence paranoïde. La notion du traumatisme a complètement disparu du dossier. Je connais un malade qui, à la suite d'un traumatisme, avait obtenu 25 0/0 de pension, et qui, au bout de plusieurs années, a présenté une démence précoce. Si, à ce moment, la question de responsabilité avait été posée, l'expertise n'aurait pas manqué d'être assez délicate.

M. LHERMITTE. — Je pense, comme M. Marchand, qu'est importante la question de l'âge pour le traumatisme initial. Je erois également qu'il n'y a aucune proportion entre l'importance respective du trauma et celle des troubles ultérieurs. Les mêmes observations pourraient être valables en neurologie. J'ai observé un malade qui présentait des troubles de la miction et des membres inférieurs, à la suite d'efforts et de lumbago. Or, à l'autopsie, on trouva un kyste de la moelle. Je signalerai enfin qu'il peut y avoir des lésions hypertardives, se produisant de nombreuses années après le traumatisme.

M. MONTASSUT. — J'insiste sur le fait que, pour le deuxième cas, le diagnostic d'entrée était celui de démence précoce avec cénestopathies. La notion de traumatisme était complètement passée sous silence.

La séance est levée à 11 heures 30.

Le secrétaire des séances :

Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 24 Janvier 1944

**Présidence : M. H. BEAUDOUIN, ancien président
et M. LHERMITTE, président**

Allocution de M. H. BEAUDOUIN, ancien président

MES CHERS COLLÈGUES,

Je dois d'abord vous remercier, une fois encore, de la distinction que vous m'avez accordée en m'appelant à présider vos séances en 1943, et aussi de la discipline dont vous avez fait preuve quant à l'exactitude, réclamée à son départ par mon prédécesseur, M. BARBÉ.

Je suis tout particulièrement heureux de pouvoir, au moment de céder la place, adresser mes vœux de bienvenue à M. le Professeur A. BAUDOUIN, que vous venez d'appeler à la vice-présidence. Il serait présomptueux de ma part d'apprécier ici son œuvre scientifique, si intéressante pour nous, et dont je voudrais cependant retenir son remarquable rapport sur la Douleur, et ses travaux sur l'électro-encéphalographie. Mais il me permettra sans doute de dire, et je le tiens de bonne source, toute la valeur des qualités administratives dont il fait quotidiennement preuve dans son rôle de Doyen de la Faculté, et les précieux services qu'il a rendus aux étudiants en médecine, dans des circonstances particulièrement difficiles.

Le temps et l'espace nous sont limités. Je ne m'étendrai donc pas sur les programmes des séances de l'année écoulée, toutes copieusement occupées. Les thérapeutiques de choc et leur pathogénie ont été à l'honneur, et l'on ne peut que s'en féliciter.

Mais je dois dire, pour ma part, que je voudrais voir plus fréquemment l'ordre du jour mentionner des questions d'assistance, questions un peu trop oubliées, trop peu vulgarisées, et dont s'emparent trop souvent des incompetents. Les résultats de cet état de choses risquent d'être préjudiciables à nos services, à nos malades, à notre œuvre.

Ainsi voit-on prendre des mesures particulièrement fâcheuses comme en des lieux où des services financiers ont décrété une diminution considérable du nombre des psychopathes, en parallèle à la disparition (?) de l'alcoolisme (on ne manquera pas de relire avec fruit le rapport d'André Repond au Congrès International d'Hy-

giène Mentale, 1937, page 12)... Je sais bien que les carences alimentaires à propos desquelles plusieurs d'entre vous avaient ici même jeté des cris d'alarme, comme aussi les tuberculoses rapidement évolutives observées, seraient, au regard, à peu près négligeables. Je n'en erois pas moins que notre Société, eonformément au but de ses fondateurs et à sa longue tradition, se devrait d'aborder plus fréquemment des questions d'assistance, génératrices d'éléments de discussion et de vœux dont l'ensemble pourrait, peut-être, n'être pas tout à fait inutile aux Pouvoirs Publies.

Malgré nos désirs, cette année 1944 commence au milieu de graves difficultés matérielles, et il est probable que, contrairement à ce que j'avais souhaité l'an dernier, il ne sera pas possible de fêter dignement le *Centenaire des Annales médico-psychologiques*. Félicitons-nous donc que l'infatigable Rédacteur en Chef, notre collègue René CHARPENTIER, ait pu mener à bien, avec autant de succès, une aussi grosse entreprise que celle qui aboutit au « numéro du centenaire », que nous avons entre les mains. Ce numéro, à lui seul, permettra de dire que le *Centenaire des Annales médico-psychologiques* n'aura pas été omis.

Et je veux, en partant, remercier notre secrétaire général, M. DUBLINER, nos secrétaires des séances, MM. CARRETTE et MENUAU, notre trésorier, M. COLLET — qui assume en souriant la tâche la plus ingrate — de leur utile collaboration..., avant de passer les pouvoirs à M. LHERMITTE, à qui je suis heureux d'exprimer publiquement ma gratitude personnelle, et que je reste un peu surpris d'avoir précédé en cette place.

Allocution de M. LHERMITTE, président

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

Puisque, d'un vœu unanime, vous m'avez fait le grand honneur de m'appeler à présider vos séances et à occuper cette charge où figurèrent tant d'éminents et d'illustres prédécesseurs, laissez-moi d'abord vous dire des paroles de remerciement et de gratitude. Soyez assurés que celles-ci viennent de quelqu'un qui vous appartient par le cœur et par l'esprit.

Pendant toute une année, j'ai eu le bonheur d'assister votre Président, mon ami le docteur BEAUDOUIN, avec lequel j'ai éprouvé tant de plaisir de eollaborer à Maison-Blanche, en ces années qui nous paraissent dorées, aujourd'hui que nous avons assisté au dépouillement de tant de choses et que nous connaissons l'incertitude de notre devenir. Veuillez être persuadés que je puiserai dans la méthode, l'aménité, le parfait savoir et la courtoisie de notre cher Président, les meilleurs exemples de ma conduite.

C'est une autre joie pour moi d'avoir à mes côtés mon cher collègue et ami, le professeur et doyen BAUDOUIN, dont la vigilance, sans relâche, met au service de notre vénérable Faculté, avec une complète abnégation et un absolu désintérêt de soi-même, une activité sans limites.

Je n'aurai garde d'oublier nos secrétaires de séances, qui s'emploient, avec le plus grand bonheur, à reproduire la physionomie vivante de nos réunions, notre dévoué trésorier et aussi ceux qui, loin de nous, participent à la vie de notre Société, et singulièrement notre ami le docteur René CHARPENTIER, car la Rédaction des *Annales* a trouvé en lui un maître et un incomparable animateur.

Messieurs, lorsque la vie nous a menés déjà bien avant dans la carrière, il semble qu'un sourd instinct nous oblige à tourner vers le passé notre regard intérieur, à nous interroger et à nous demander : Qu'ai-je donc appris ? Mes connaissances ont-elles tant changé ? Avons-nous réellement fait une marche en avant ou le mouvement des idées qui nous emporte n'est-il que pure illusion ? « Vent et pâture de vent », vanité parmi tant d'autres que les plus savants ne connaissent plus.



A l'époque où je pris le premier contact avec la médecine mentale, près de mon regretté maître Gaston Deny, dans cet Hospice de la Salpêtrière qui demeurait peuplé de jardins ombreux et où s'étendaient de vastes terrains de plantes potagères à faire frémir de désir les Tantalés que nous sommes devenus, le rayonnement de Magnan commençait de s'éteindre au ciel de la psychiatrie, l'on voyait poindre le crépuscule de la dégénérescence mentale, tandis que la conception kræpelienne de la démence précoce jetait son premier éclat.

A l'étude de fragments isolés de la vie psychologique et des états pathologiques, succédait la poursuite idéale de la longue et sournoise évolution des maladies de l'esprit. C'était là, tout ensemble, un progrès et un retour au vieux principe hippocratique de la vie brève, de l'art trop long, de l'occasion fugitive, de l'expérience incertaine et du jugement difficile. Et c'est encore en reprenant quelques idées chères au vieux médecin de Cos que mon vénéré maître, Maurice Klippel, rappelait aux neuro-psychiatres qui en avaient perdu le souvenir que tout est lié dans le corps, que nos organes sont solidaires, et qu'une lésion n'atteint pas le système nerveux ou un viscère sans que l'on ne puisse en retrouver quelque reflet sur les organes qui en sont, en apparence, les plus distants.

Le premier, M. Klippel, dont l'esprit philosophique et la grande culture conféraient aux réflexions qu'il émettait un charme dont il était difficile de se déprendre, enseignait, en effet, que s'il était indispensable de penser les maladies de l'esprit en fonction de la physiologie

et des altérations cérébrales, c'était une lourde erreur d'interroger seulement les centres nerveux, que la réalité était autre, et qu'à la genèse des affections mentales participait l'organisme tout entier.

Enfin, notre maître insistait sur la nécessité où se trouve l'histo-pathologiste d'établir une discrimination chronologique parmi les désordres anatomiques divers que lui propose le microscope et qu'il convient de différencier, dans le bouleversement des tissus, les modifications préalables à l'agression morbide, les altérations immédiates ou causales d'avec celles qui lui sont consécutives, telles des dégénération secondaires, comme aussi d'avec les lésions contingentes ou occasionnelles dont a dépendu souvent la terminaison fatale.

C'est en nous fondant sur ces principes que nous nous attachâmes à poursuivre l'étude histo-pathologique, des démences précoces, sans nous abuser cependant sur la valeur relative des constatations que nous devions mettre au jour. Si nous avons été animés d'un enthousiasme peut-être excessif, qu'on nous en excuse. C'était l'époque, en effet, où Nissl et Alzheimer nous avaient dotés de techniques beaucoup plus précises que celles dont disposaient nos devanciers et où il semblait assuré que confronter le tableau pathologique avec l'image équivalente du tissu normal (*l'Equivalent Bild*) ne laissait qu'une mince frange d'incertitude. Nous étions aussi très proches du temps où l'école de Heidelberg se proposait de recommencer, *ab ovo*, toute la psychiatrie, en se basant sur de pures données objectives : l'observation du malade d'une part, les constatations histo-pathologiques, d'autre part ; comme si les modifications du tissu cérébral pouvaient être suffisantes pour permettre un classement des maladies de l'esprit et d'en saisir les nuances et la diaprure.

Les fameux cahiers de Nissl et Alzheimer sont le fruit d'un long effort, mais s'ils marquent une étape historique, ce ne furent que promesses sans lendemain.

Mais l'homme est ainsi fait qu'il s'attache à sa besogne de Sisyphe et que les plus amères déceptions ne le découragent point. Et c'est à cause de cette foi obstinée dans la précellence de la morphologie que tant de savants éminents poursuivent avec acharnement cette chimère : trouver dans les structures cérébrales une correspondance avec la structure de l'esprit, obtenir une estimation objective et incontestable, celle-ci, de la valeur et de l'originalité d'une personnalité, bref avoir en mains une détermination assurée du génie.

Vous souvient-il des premières recherches qui portèrent sur ce thème et où l'on confronta les cerveaux de trois grands hommes : Mommsen, l'historien de la Rome Antique, Bunsen le physicien et Menzel le spirituel illustrateur des fêtes de Sans-Souci, et qui ne devaient laisser qu'une profonde déception ?

Mais, s'il semble bien que ce n'est que poursuivre un mirage que d'essayer d'enclorre dans une forme cette chose fuyante et ailée qu'est l'esprit, reconnaissons qu'ici encore, une idée fausse peut entraîner des conséquences de prix. Je n'en veux pour preuve que la connais-

sance beaucoup plus approfondie que nous avons prise du problème, grâce aux recherches de Campbell, de C. et O. Vogt, de Brodmann et de V. Economo et Koskinas, dont on trouve la source vive chez un des nôtres : Baillarger. Aujourd'hui, rien des stratifications du cortex, de la cyto, de la myélo, de la glio, de la vaso-architectonic cérébrale ne nous échappe, pas plus que les dispositions que chacun de ces plans offre à la réceptivité ou à la résistance envers la maladie ; mais qui pourrait être assez téméraire pour soutenir que nous sommes en mesure aujourd'hui d'objectiver par la morphologie ou la pathologie ce qu'est le génie ou la folie ?

Sommes-nous mieux armés par la physiologie et cette science nouvelle qu'est la réflexologie, par exemple, autorise-t-elle les espoirs infinis que certains se plaisent à mettre en elle ? Je crois que ce n'est pas un scandale d'en douter.

Voici une dizaine d'années, comme je devisais avec un des maîtres les plus renommés de la physiologie et que nous parlions de l'œuvre de Pawlow, celui-ci me dit : « Oui, j'ai connu Pawlow, il fut un merveilleux expérimentateur, mais ce qui est surtout admirable en lui, c'est qu'il a tué définitivement la psychologie. » Un vers de Molière me vint sur les lèvres, mais je ne le prononçai point, incertain que j'étais de ne pas froisser l'éminente dignité de mon interlocuteur.

Je sais bien qu'aujourd'hui la psychologie doit subir un nouvel assaut de la part de ceux qui se refusent à suivre les caprices et les variations infiniment subtiles d'un esprit qui se plie mal aux règles rigides que l'on prétend imposer à ses structures ; mais comme on le montrait hier encore, aussi bien les réflexes conditionnels que le behaviorisme d'un Watson et d'un Mac Doughall ne nous donnent qu'un aperçu incomplet et déformé de notre comportement spirituel.

Certes, rien n'est plus éloigné de mon esprit que de prétendre que l'étude approfondie du complexe stimulus-réponse soit pure vanité en médecine mentale, mais il est flagrant que si nous limitons nos investigations comme l'enseignent les tenants du behaviorisme, nous serions bien peu avertis des remous et des orages qui agitent notre monde intérieur et font frémir les buissons de notre jardin secret.

Le behaviorisme, dont les fondements les mieux assurés ne sont autres que les réflexes conditionnels ou associatifs d'un Pawlow et d'un Bechterew, a déjà manqué sa mission, remplacé qu'il est par la psychologie des structures et des formes, celles-ci comme celles-là plastiques et mobiles, tout ensemble matérielles et immatérielles, changeantes au gré d'un dynamisme et d'une durée dont Bergson nous a découvert l'originalité et l'énergie.

Mais, dans le domaine des idées, les choses ne sont pas si simples, et si dans une époque tel courant de la pensée scientifique vous frappe par son éclat ou son retentissement, l'on en devine d'autres qui cheminent sans bruit pour apparaître un jour avec éclat. Et ce fut ainsi que l'introspection, que certains avaient pris pour principe de

dédaigner, fut remise à l'honneur, non point que l'on se reprît à hasarder les mêmes démarches que les psychologues d'autan dont le dessein tendait à découvrir les éléments premiers de la pensée, à décomposer en atomes fixes la substance de notre esprit ; tout au contraire l'on suivit la voie que des initiateurs tels que W. James et Bergson avaient tracée et qui conduit à la révélation de la réalité d'un courant de conscience fluide, mobile, que souligne la dialectique, dans lequel se créent les images, les représentations et les signes qui forment la trame du langage, courant de conscience derrière lequel, dans les moments de détente, se découvre, par une intuition spontanée, notre véritable moi, le moi profond de la qualité et de la durée.

Et c'est ainsi que l'on s'est acheminé à prendre conscience de tout cet inconscient qui se dérobaît à nos prises, à découvrir bien des replis de notre foi où s'envoient des idées, des sentiments, des tendances, des souvenirs, dont la mise au jour nous attriste et nous irrite, mais qu'il faut bien connaître si l'on prétend revenir à la salutaire maxime que les Grecs voyaient se déployer au fronton du temple de Delphes : « Connais-toi toi-même ».

Mais se connaître soi-même, c'est aussi connaître un peu les autres ; or, tout nous enseigne que si nous voulons pénétrer dans l'âme d'autrui et non plus la décomposer, il est nécessaire d'utiliser d'autres méthodes que la cartésienne, d'autre technique que celle qui consiste à réduire l'objet en atomes pour en dénombrer les éléments. Et c'est ainsi que s'est créée la phénoménologie, cette démarche de l'esprit, directement inspirée du criticisme esthétique où l'on s'efforce de pénétrer l'âme et l'essence d'une œuvre d'art, d'en respirer le parfum et non point, je le répète, d'en réaliser l'analyse atomique. Déjà, dans son journal intime, Maine de Biran écrivait : Le 25 j'ai passé la soirée chez l'abbé Morellet ; conversation psychologique. Mon vieil ami m'a demandé brusquement : Qu'est-ce que le moi ? Je n'ai pu lui répondre. Et, tout récemment, une voix américaine lui faisait écho en la personne du neurologue Sydney Schwaab, lequel s'interroge, lui aussi, sur ce que peut contenir l'essence de la personnalité. Or, après avoir dénombré une série de caractères, notre auteur ajoute : Mais est-ce là le tout de la personnalité ? Non, il y manque un je ne sais quoi qui fait que tel individu est tel et non un autre ; il y faut ajouter ce bouquet, cet arôme dont l'analyse est impossible, cette émanation subtile et vraiment spécifique qui échappe à notre prise et ne peut être comparée qu'au charme et à l'émanation qui se dégagent d'une œuvre artistique.

Ainsi donc, notre point de vue psychologique s'est singulièrement déplacé, nous ne nous satisfaisons plus en dénombrant les éléments d'une façade, nous voulons pénétrer plus avant, faire coïncider de plus près nos émotions, nos sentiments, nos pensées, nos attitudes mentales avec ceux des autres qui nous intéressent et que nous nous efforçons de comprendre. A la méthode analytique dont un Taine

avait fait un si large abus s'est substitué un mode d'approximation beaucoup plus nuancé, plus souple et plus vrai ; car l'on sait, depuis Bergson, que notre connaissance des choses est d'abord intuitive et globale avant de céder à une analyse qui la multiplie en la décomposant.

De tout temps peut-on dire, au moins à partir du moment où l'on est persuadé, après le Crotoniate Alcméon, que le cerveau était le réceptacle de la pensée, les philosophes se sont complus à chercher dans l'encéphale un organe coordinateur des pensées, un centre où s'assemblent les idées, où se fusionnent les sentiments ; ce centre, Hérophile avait cru le découvrir dans la voûte à trois piliers, le Fornix ; La Peyronie dans le corps calleux ; enfin Descartes dans le Conarium, la glande pinéale qui, située au débouché de l'aqueduc, dirigeait par ses mouvements opportuns les esprits animaux. Cette doctrine, à propos de quoi l'on a fait tant de justes moqueries, est-il bien sûr qu'elle soit tout à fait morte ? Et cette quête d'un organe unificateur de la vie mentale dans laquelle s'obstinaient les physiiciens d'Ionie, comme les philosophes du ^{xvii}^e siècle, sommes-nous donc assurés qu'elle n'habite l'esprit d'aucun neuro-psychiatre d'aujourd'hui ? Sous le terme d'appareil régulateur du psychisme, n'est-ce pas un peu la même idée qui reparaît, bien entendu, très remaniée et drapée à la mode du jour ? On peut le soutenir. Ce qui montre que les théories scientifiques sont comme les modes qui, après un temps d'éclipse, refleurissent en donnant l'illusion de nouveautés.

An reste, n'est-ce pas cela même qu'entendait Mlle Bertin, la spirituelle coiffeuse de la reine, lorsqu'elle jetait cette saillie dans une discussion sur la mode : « Le nouveau, ce n'est guère que ce qui a été oublié. »

Cependant, n'exagérons point. Nous avons fait sur nos devanciers quelques progrès, l'appareil régulateur cérébral que supposait mon ami regretté, le physiologiste Jean Camus, répond à une structure et à une morphologie tout autres que le Conarium, le Fornix ou le corps calleux ; des expériences et surtout des faits anatomo-chimiques ont été apportés qui ont fait voir, de la manière la plus objective que les altérations localisées, voulues ou provoquées par la maladie, sont susceptibles d'amener des perturbations d'une qualité spéciale et d'affecter la vie mentale tout entière.

Ces altérations du psychisme qu'entraînent les désorganisations de l'appareil végétatif, hypothalamique ou mésodiencephalique, vous les connaissez, elles portent essentiellement sur les fonctions les plus élémentaires de la Psyché, sur les instincts, les besoins, les appétits, les émotions.

Mais, parmi les fonctions dont la régulation et l'équilibre sont assurés par la stabilité du dispositif végétatif cérébral, celle du sommeil et de la veille prend la meilleure part. Car, non seulement un authentique sommeil ou une insomnie prolongée peuvent être le

témoignage de l'adnltération de cette structure diencephalique, de même que les désordres les plus variés de la sphère des instincts de reproduction et d'assimilation, mais encore ce sommeil morbide peut être dissocié, moreclé en ses éléments, de sorte qu'il faut un effort pour bien saisir la nature des altérations fonctionnelles que la maladie propose à notre observation. J'en prends pour preuve les crises si frappantes de confusion mentale accompagnées d'onirisme que déclenchent les désagréations globales de notre dispositif régulateur ; les hallucinations visuelles, si semblables aux visions hypnagogiques du demi-sommeil que certains n'ont pas hésité à les identifier.

Certes, les faits que nous visons comportent un grand enseignement en ce qu'ils montrent comment une lésion très exactement limitée à une partie du parenchyme cérébral peut désorganiser l'équilibre psychologique et réaliser ces dissolutions générales dont Hughlings Jackson nous a fourni tant d'exemples, mais il nous faut tirer de ces données positives une plus haute leçon. Par celles-ci, la psychopathologie s'est intégrée dans la physiologie pathologique générale, et en assimilant la confusion, l'onirisme, certaines hallucinations visuelles pures de tout délire au désordre de la fonction hypnique, et en montrant que les modifications morbides productrices du sommeil anormal sont aussi génératrices des modifications du comportement que nous visons, nous rassemblons en une même vue les trois versants : morphologique, physiologique et psychologique que tout notre effort vise précisément à intégrer dans une même pensée.

Pénétration psychologique beaucoup plus poussée, compréhension des altérations de l'esprit en fonction de la physiologie et non plus de la morphologie, prise de vue non plus d'une tranche de vie psychologique à la manière des romanciers naturalistes des années 1880, mais établissement d'une perspective aux prolongements indéfinis sur laquelle se profile l'ascendance, confrontation incessante du sujet avec les influences qu'il reçoit du milieu moral et de l'ambiance physique où il évolue, intérêt plus grand porté à la vie instinctive et aux mécanismes subconscients, ce sont là, très certainement, les marques d'un progrès considérable sur la médecine mentale d'autrefois.

Evidemment, la psychiatrie demeure une science très jeune et elle est fort loin d'avoir donné tous ses meilleurs fruits ; et aujourd'hui que toutes les disciplines rassemblent leurs matériaux dans le dessein d'une intégration plus parfaite et que la psychologie collective rayonne davantage dans le monde, il est essentiel que se constitue une Médecine mentale sociale, car c'est par celle-ci que nous appréhenderons mieux les défaillances et les misères de notre temps et que notre œuvre médicale sera complétée par une prophylaxie plus avisée et une plus juste appréciation des périls qui nous menacent.

Je vous convie donc, Messieurs et chers collègues, à unir nos efforts, et puisque nous avons tant gémi sur les malheurs de la patrie, n'ayons en vue maintenant que le retour de sa noblesse et de sa grandeur.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 13 décembre 1943 et le procès-verbal de la séance du lundi 10 janvier 1944 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

1° une lettre de M. le Doyen BAUDOUIN, qui remercie la Société de l'avoir appelé à la *vice-présidence* pour l'année 1944 ;

2° une lettre de M. le D^r Jean PERRIN, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

3° une lettre de M. le D^r FRANTZ-ADAM, de Dijon, qui pose sa candidature à la place vacante de *membre titulaire* non résidant : une Commission composée de MM. BESSIÈRE, DEMAY, FRIBOURG-BLANC, LAUZIER et COLLET, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du 28 février 1944 ;

4° des lettres de MM. les D^{rs} CARROT, Henri DUCHÈNE et Sven FOLLIN, de Paris, et GISCARD, de Clermont-Ferrand, qui demandent à faire partie de la Société comme *membres correspondants nationaux* ; une Commission composée de MM. COMBEMALE, Jean DELAY, FRIBOURG-BLANC, HEUYER, et MENUAU, rapporteur, est désignée pour l'examen de ces candidatures ; le vote aura lieu à la séance du lundi 28 février 1944.

Prix de la Société

La Société avait à décerner, cette année, le *prix Moreau de Tours* et le *legs Christian*. Aucun candidat ne s'est présenté.

La Société aura à décerner, en 1945, le *prix Belhomme*, triennal. Le sujet proposé est le suivant : « *La thérapeutique par l'électro-choc en psychiatrie. Généralités. Comparaison avec les autres méthodes de choc. Mécanisme d'action. Hypothèses. Expérimentations. Recherches biologiques.* » Les mémoires devront être déposés avant le 31 décembre 1944.

Le Bureau de la Société aura également à attribuer, en 1945, les arrérages du *legs Christian* (1).

(1) On trouvera tous renseignements concernant les prix à décerner par la Société médico-psychologique dans le numéro de mai 1943 (pages 589-591) des *Annales médico-psychologiques*.

COMMUNICATIONS

Morphologie et Psychiatrie (2^{me} note). La méthode de déviation proportionnelle et les rapports anthropométriques,
par MM. Jean DELAY et Paul NEVEU.

Nous avons décrit dans une précédente note une méthode nouvelle qui apporte une simplification véritablement clinique dans la notation et l'interprétation des mensurations, celles-ci permettant de mieux comprendre les structures corporelles. Continuant notre exposé méthodologique nous montrerons comment notre technique permet de simplifier la détermination des rapports et indices plus ou moins complexes utilisés en anthropologie.

Certains de ces rapports ont une signification ethnique, ils sont héréditaires et se répartissent selon les lois génétiques. D'autres semblent liés à la constitution, au tempérament individuel, au « type », ou bien ils semblent comporter une signification endocrinologique. Leur intérêt en psychiatrie apparaît donc évident, aussi les constitutionnalistes comme Kretschmer, W. Enke, Wertheimer, attachent-ils une importance croissante à l'étude des rapports anthropométriques.

Les rapports anthropométriques sont simples ou complexes selon qu'ils se fondent sur deux ou plus de deux dimensions. Ils peuvent être hétérogènes, la formule comportant des longueurs, des volumes, des poids, et leur variété apporte une difficulté de plus à leur interprétation.

De même que nous avons substitué à des mensurations brutes, d'interprétation difficile, des degrés de déviation proportionnelle en plus ou en moins du normotype, nous proposons maintenant de substituer aux rapports anthropométriques les degrés de déviation de ces rapports, degrés positifs pour ceux qui sont supérieurs à la valeur moyenne de ce rapport et négatifs pour ceux qui lui sont inférieurs. Ainsi, le clinicien peut apprécier si le rapport est moyen (correspondant au degré 0), grand (positif), ou petit (négatif). La détermination de ces rapports est très simple. Nous la résumons ainsi :

1° Degré de déviation proportionnelle (en abrégé Dp.) du rapport de deux dimensions : il est égal à la différence algébrique des degrés de déviation de ces deux dimensions. Il suffit de sous-

traire du degré correspondant au numérateur, le degré correspondant au dénominateur du rapport étudié.

Par exemple, soit à déterminer le rapport d'un diamètre bi-trochantérien de Dp. + 8 à un diamètre bi-acromial de Dp. + 2, il est égal à : $(+ 8) - (+ 2) = + 6$.

2°. Calcul du degré de déviation d'un volume : il est égal à la somme algébrique des dimensions de ce volume. Ainsi Viola apprécie la valeur du thorax en multipliant la hauteur sternale par les diamètres thoraciques transverses et antéro-postérieurs. Avec notre procédé, nous calculons exactement la Dp. de ce volume en additionnant algébriquement les Dp. de ses trois dimensions. Mais, pour rester dans un système uniforme qui nous permette de comparer légitimement une longueur à un volume, nous substituons à celui-ci sa racine cubique. C'est pourquoi nous considérerons non la variation du volume (indiquée par la somme des Dp. des trois dimensions) mais celle de sa racine cubique. Ce qui, dans notre système, correspond à diviser par trois cette somme.

Par exemple, soit un sujet dont le sternum est + 10, le diamètre thoracique transverse — 3 et l'antéro-postérieur + 5, la Dp. cubique de ce volume est égale à :

$(+ 10) + (- 3) + (+ 5) = + 12$ que nous ramenons au système linéaire : $+ 12 : 3 = + 4$.

3° Dp. du rapport de deux volumes : il est indiqué par la différence algébrique de leur degré de déviation proportionnelle calculé comme ci-dessus.

4° Dp. du rapport d'une dimension linéaire à un volume ou à un poids (représenté par sa $\sqrt[3]{}$). Elle est égale à la différence algébrique de leurs degrés de déviation.

Soit à déterminer la Dp. du rapport du poids + 10 à la taille + 25, elle est égale à : $(+ 10) - (+ 25) = - 15$ (1).

Il serait très facile, connaissant le rapport anthropométrique du normotype, de calculer en valeur absolue le rapport linéaire, volumétrique, pondéral, simple ou complexe dont on a obtenu si

(1) Notons que cet indice est comparable à l'indice classique $\frac{\text{poids} \times 100}{\text{taille}^3}$ ou inversé (Pirquet) : $\frac{\text{taille}^3}{\text{poids}}$ ou encore à l'*index ponderalis* de Livi : $\frac{1000 \sqrt[3]{\text{poids}}}{\text{taille}}$.

facilement le degré de Dp. Nous exposerons ailleurs l'application de notre méthode de calcul aux évaluations de volume, de surface et de masse corporelle.

Voici deux exemples concrets qui montrent l'intérêt clinique de la Dp. des rapports anthropométriques :

1° B... âgée de 22 ans, bouffée délirante chez une déséquilibrée.

Indice thoracique : + 3, indice hypocondriaque : + 16 (donc thorax évasé et bombé vers le bas). Bassin plat, indice : — 16. Rapport bi-trochantérien/bi-acromial : — 1, indiquant un coefficient de féminité type pubère prématernel. Rapport bi-iliaque/bi-trochantérien : — 1. Rapport longueur de jambe/longueur de cuisse : — 6 (coefficient de génitalité) indiquant une légère prédominance de la cuisse dans le sens d'une tendance eunuhoïde ou mieux hypogénitale. Indice scapulo-thoracique : 0, absence de tendance athlétique.

Indices volumétriques : thorax : + 10, thoraco-abdomen : — 16, abdomen : + 7. Prédominance de l'étage thoracique.

Rapport de $\frac{3}{V}$ poids à la taille : + 5.

2° Jac..., âgé de 30 ans, schizophrénie.

Indice thoracique : — 6. Indice hypocondriaque : — 8. Indice du bassin : — 19 (aplatissement du tronc de haut en bas). Indices volumétriques du tronc : thorax : — 11, thoraco-abdomen : — 4, abdomen : — 19 (hypoplasie du tronc). Rapport bi-trochantérien/bi-acromial : + 5 (coefficient de féminité de type maternel). Rapport bi-iliaque/bi-acromial : — 20 (étroitesse du grand bassin). Rapport bi-iliaque/bi-trochantérien : — 25 (type féminin dysplasique). Rapport longueur de jambe/longueur de cuisse : — 5 (tendance hypogénitale discordante). Indice scapulo-thoracique : + 8 (indiquant une tendance athlétique en accord avec le caractère dysplasique général de la malade). Indice pondéral : — 4.

Ces exemples montrent la simplification de l'interprétation des rapports anthropométriques. Par ce procédé ils peuvent être élaborés et étudiés systématiquement en grand nombre, ce qui contribuera, nous l'espérons, à préciser leur signification et à fonder sur des bases solides la connaissance des structures corporelles.

Expérience onirique : début d'un accès maniaque,
par MM. L. BONNAFÉ et Fr. TOSQUELLES (de Saint-Alban).

Les auteurs posent les différents problèmes des rapports entre rêve et psychose selon divers plans d'étude.

C'est dans le plan : Etude du rôle des rêves et expériences oniriques dans les phases prodromiques d'une psychose que se situe l'observation suivante. L'intérêt de cas de ce type doit être considéré dans la perspective indiquée par Rouart (*Evolution psychiatrique*, 1936, IV) : d'une part, fréquence de ces cas, d'autre part, silence des classiques à leur sujet et aspect paradoxal de la liaison de l'expérience onirique à une psychose réputée des plus lucides et toute syntonie.

OBSERVATION. — Irma, 44 ans, célibataire : à l'entrée, malade semi-agitée, forte labilité affective, logorrhée, causticité, pleurniche, ne veut pas rester, « parce qu'elle n'est pas habituée à une maison si propre », demande sans cesse à partir, dit que la nuit la Sainte Vierge la touche, et alors se met à chanter. Parfois, par contre, dit être elle-même la Sainte Vierge. Après la première nuit de son séjour à l'Hôpital, dit avoir entendu son frère qui l'appelait. « Peut-être il est ici ; il a besoin de moi ; cette nuit, à trois heures, je me suis réveillée ; il me semble qu'il m'a touchée ; il m'a dit d'aller chez moi. » Aux demandes au sujet de la vision de la Sainte Vierge, répond : « Je n'ai pas vu la Sainte Vierge, mais je me suis dit : Ça fera plaisir aux sœurs... » Au sujet de ses chants et attitudes religieuses qu'elle prend souvent, nous dit : « Je chante par force, parce que je m'ennuie. » Questionnée de nouveau sur l'affaire de la Sainte Vierge, répond : « Pour se sortir de peine, il faut dire des mensonges. » Le diagnostic de manie n'est pas tout à fait évident, mais le test de Rorschach, pratiqué dès le premier jour, efface tous les doutes (1). L'attitude maniaque, faite de plaisanteries et d'agitation motrice, se précise les jours suivants : elle écrit des lettres typiques, ne peut rester au lit, se promène, enveloppée de couvertures, agressive lorsqu'on essaie de la tenir convenablement.

Au point de vue physique : goitre bilatéral diffus. Exophtalmie. Yeux brillants. Réflexe oculo-cardiaque : 81-69. Appareils circulatoire et respiratoire normaux. Type morphologique asthénique.

D'après les renseignements de la famille qui l'a conduite, il est aisé de reconstituer l'histoire de la vie de la malade et son type de personnalité pré-psychotique : très réservée, très religieuse, personnalité très

(1) Cf. des mêmes auteurs : « Au sujet du test de Rorschach ». *Soc. méd.-psych.*, 24-1-44.

sensitive, encapsulée dans les travaux de la maison. Habite avec son frère et sa sœur, tous célibataires. Milieu paysan. Débilité mentale légère et probablement commune aux trois frères et sœurs. Pas d'antécédents psychopathiques connus, mère et deux frères morts tuberculeux, une sœur morte de la même maladie dans un couvent.

Depuis un an, Irma présente quelques troubles ménopausiques légers : insomnies, bouffées de chaleur, céphalées. Quinze jours avant le déclenchement de l'accès maniaque, décès de la grand'mère. La nuit qui a précédé la crise, incendie d'une forêt près de la maison, ils sont alertés, contribuent à éteindre le feu.

Le début de la maladie survient brutalement la nuit suivante « à quatre heures du matin ». Irma se réveille disant qu'elle allait mourir, demandant le prêtre. Depuis : bavardages sans arrêt, évasion par la fenêtre, visite à l'église et scandale ; la Sainte Vierge lui serait apparue, de nombreuses personnes du village sont mortes, son frère, prisonnier en Allemagne, vient d'arriver, les vaches sont érevées, cantiques religieux. Elle est conduite à St-Alban, où l'on constate le tableau décrit ci-dessus.

A l'hôpital, l'évolution est rapide : électro-ehoc, huit séances, amélioration progressive dès les premières séances ; un mois après, la malade est guérie, travaille régulièrement, critique toutes ses expériences morbides. Un nouveau Rorshaeh confirme le profond ehangement.

Spontanément, Irma nous révèle alors le contenu dramatique de la nuit critique du début et l'importance de l'expérience onirique qu'elle a vécue alors, expérience à laquelle aucune allusion n'avait été faite durant l'évolution de l'accès maniaque. « Ça m'a prise comme ça, un soir, j'ai rêvé que c'était la fin du monde, tout dégringolait : les traverses (poutres), le village, les gens. Je voyais qu'ils n'étaient pas contents, peut-être morts. Ensuite je pensai que la Sainte Vierge m'avait dit qu'elle m'apparaîtrait, je ne l'ai jamais vue, mais je l'attendais... *Ce n'était pas comme les autres rêves, les autres passent, celui-là restait le jour.* »

Chose curieuse, la malade affirme avec fermeté ne garder aucun souvenir de l'incendie ; elle s'en étonne, éprouve des difficultés à nous croire.

Nous savons comme il faut se méfier des expressions des malades, où souvent les mots : « endormie, rêve, sommeil », etc..., ne sont que des images correspondant aux « phénomènes harmoniques » de la pensée normale vigile.

Cependant, nous ne croyons pas que ce « rêve » soit une construction « après coup », une explication fantaisiste que la malade se donne de ses troubles. Le début brusque, la succession des événements après l'incendie, font croire à la véracité du rêve de la fin du monde. Nous devons nous poser ce problème ; le reten-

tissement affectif du rêve peut-il être mis en cause dans l'accès maniaque ? Nous constatons, d'un côté, des troubles de la ménopause préexistante, avec inquiétude et insomnie. Nous pourrions arriver à croire que, même si l'incendie et le rêve n'avaient pas eu lieu, la psychose maniaque se serait déclenchée. Cependant, dans un autre ordre d'idées, et rapprochant notre cas de celui de « Camille » (Rouart), où l'accès fait suite à un onirisme terrifiant, nous pouvons nous demander si l'onirisme ne joue pas un rôle dans la genèse et l'évolution de l'accès. Nous croyons pouvoir attirer l'attention sur certains éléments compréhensifs qui existent entre l'onirisme et la manie (nous disons : compréhensifs et non génétiques). Rappelons-nous d'abord, par exemple, le cas de Claude, Ey, Dublineau et Rubenovitch où, après une expérience onirique de la fin du monde, nous assistons à un accès diagnostiqué d'abord de manie et, plus tard, de schizomanie. L'un de nous étudie plusieurs cas de paraphrénie où le diagnostic avec la manie chronique peut se poser et dans lesquels la psychose a été consécutive à des expériences oniriques de la fin du monde. Nous avons encore retrouvé cet événement à l'origine de plusieurs cas de manie ou de schizomanie. La clinique nous donne donc parfois la succession de ces deux phénomènes. En outre, on sait que, d'après Binswanger, on peut définir la manie comme « l'événement heureux qui délivre de la contenance certaine », ou encore comme « une conduite de succès » — (Janet) —, une « nouvelle poussée instinctive de la lutte entre les instincts vitaux et ceux de la mort » : — (Freud) — où le moi est libéré et victorieux. Nous pouvons donc *comprendre* notre accès maniaque comme une victoire du moi après la fin du monde, parallèle à celle du « deuil maniaque », décrit par Lagache.

Notre observation nous paraît en outre intéressante parce qu'elle met en évidence que l'observation clinique immédiate ne suffirait pas pour constater l'onirisme des premiers jours, qui cependant est évident. Finalement elle est encore intéressante pour l'étude du métabolisme d'un événement traumatique qui peut se résumer ainsi :

1° Episode réel d'un incendie dont le retentissement affectif n'a pas pu être supporté par le malade ;

2° Rêve de substitution ;

3° Suite de l'état de rêve au réveil, croyance à son contenu ;

4° Réaction maniaque ;

5° Guérison à l'électro-choc, amnésie lacunaire de l'épisode déclenchant — (l'incendie) — et permanence du souvenir précis du rêve de substitution et des événements de la maladie.

DISCUSSION

M. BEAUDOUIN. — Il semble qu'il y ait un rapport étroit entre la confusion et la manie.

M. Jean DELAY. — Nous connaissons un certain nombre d'observations d'états maniaco-dépressifs, dont les accès ont présenté surtout un type confusionnel. M. Rouart avait insisté, dans sa thèse, sur l'importance de l'élément onirique dans la manie. Il faut insister également sur le rôle de l'élément confusionnel. Dans ces cas, contrairement à la règle de la conservation du souvenir dans la manie, le maniaque ne se souvient pas de ses accès.

Au sujet du test de Rorschach,
par MM. L. BONNAFÉ et Fr. TOSQUELLES (de Saint-Alban).

Un intérêt croissant paraît se manifester en France pour le test de Rorschach sur lequel l'attention de la Société a été naguère attirée en particulier par M. Laignel-Lavastine, Mme Minkowska et leurs collaborateurs.

Notre communication est issue occasionnellement de celle qui précède, *elle constitue une sorte de complément de l'histoire clinique de notre malade Irma. Mais notre intention est surtout de poser certains problèmes généraux sur la valeur du test et sur la technique d'interprétation.* Il nous semble en effet que les cliniciens français sont généralement orientés sur des points de vue particuliers, certains sont d'ailleurs du plus grand intérêt, tels ceux de Mme Minkowska ou de M. Lagache, mais il nous paraît utile d'attirer l'attention sur la technique orthodoxe, ne serait-ce que pour fonder sa critique sur des bases solides. Il nous paraît évident que les difficultés rencontrées pour lire l'ouvrage de Rorschach d'une part, l'aspect rebutant du psychogramme d'autre part, sont à la source de bien des malentendus et détournent à tort du travail d'analyse du psychogramme.

Depuis les articles de Monnier il ne s'est publié dans les revues psychiatriques de langue française aucun travail d'ensemble donnant les éléments indispensables pour pouvoir pratiquer le test (1). Nous croyons qu'avec cet unique bagage on se trouve toujours désarmé devant le travail d'interprétation. La connaissance du livre de Rorschach est indispensable et même celui-ci

(1) Signalons, comme des travaux plus complets, celui de Mme LOOSLI-USTÉRI et la thèse de P. PICARD, inspirée par l'un de nous (Lyon, 1941).

ne suffit pas parce qu'en réalité le travail de classification des réponses ne peut se faire correctement qu'à l'aide d'une statistique portant au moins sur 100 cas *normaux* de niveau social, intellectuel et professionnel varié. Il y a là la plus grande difficulté parce qu'on ne peut pas demander au clinicien, trop occupé par les soucis de la clinique, de faire un travail préparatoire d'une aussi grande étendue. Il n'y a pas encore, à notre connaissance, de statistique française (1). La statistique de Mlle Guggenheim n'est pas une statistique valable ; elle n'est qu'un recueil de réponses de malades, classées par Rorschach et ses élèves. *Faute de ce travail préparatoire, l'attention du clinicien ne peut que se pencher sur le contenu du test, sur l'expression, le langage et la conduite du malade.* Il est vrai que l'on obtient ainsi de précieux renseignements comme Rorschach lui-même le fait remarquer. Mais ceci n'est qu'une partie du test et doit venir après un travail consciencieux et analytique sur les aspects « formels » de la perception. (C'est dans ce sens que Rorschach parle de « formel »).

Si le test de Rorschach n'était que dans l'étude du contenu, il ne serait nullement nécessaire de le pratiquer avec les 10 planches de l'auteur (2), dont la plus grande justification reste les besoins statistiques d'évaluation. *En outre, le travail d'interprétation resterait toujours subjectif et non vérifiable ; il s'agirait d'une méthode intuitive et non d'un instrument de travail universel.*

Une autre sorte de difficultés tient au fait que la théorie dont Rorschach s'est servi pour élaborer son test est une théorie démodée, que la plupart d'entre nous n'admettent pas et au langage de laquelle il nous est même difficile de nous adapter. Si la théorie tombe, le Rorschach tomberait ! Cependant, la pratique confirme dans une large mesure tout ce que Rorschach en concluait. Il est donc nécessaire de donner au test une autre base théorique. Signalons à ce sujet la tentative, peut-être prématurée, de Marinesco, qui cherchait à l'appuyer sur la théorie des réflexes conditionnels. En attendant que ce travail soit fait par quelqu'un, il n'y a qu'une manière d'interpréter un Rorschach : il faut aborder l'analyse du psychogramme avec la pensée associationniste et étudier ensuite le contenu des réponses et la conduite du malade avec la pensée « plus libre » du psychologue, voire phé-

(1) Faute d'une statistique établie en France, nous utilisons celle de J. Salas, *Arch. de neurobiologia*, 13, 1933.

(2) Nous savons que Mlle Pascal pratiquait une épreuve inspirée du test de Rorschach en faisant faire à la malade elle-même les taches.

noménologiste, et du clinicien. En clinique, où même la présentation du test ne peut pas être rigide, « il doit se plier aux exigences commandées par le comportement du malade » (Picard), on trouvera souvent des Rorschach très riches au point de vue phénoménologique ou très révélateurs sur le plan psychanalytique et d'autres aussi fréquents, où toute la valeur diagnostique sera tirée des déductions de l'analyse du psychogramme formel.

Dans les protocoles de notre malade Irma, que nous présentons à titre d'exemple, il est certain que nous trouvons de précieux éléments selon la première orientation, mais nous voulons montrer l'extrême intérêt au point de vue diagnostique et pronostique de l'étude selon le deuxième plan, celui qui est à considérer antérieurement dans une technique correcte.

Dans l'impossibilité matérielle de publier, en raison du manque de place, ces protocoles et leur analyse, *in extenso*, nous nous bornons à rappeler l'essentiel de notre travail :

A) Classification des réponses et mise en formule du psychogramme.

B) Analyse « formelle » du psychogramme.

On ne recherche pas la correspondance, même approchée, avec un des tableaux typiques publiés par Rorschach. Mais on recherche à faire un diagnostic différentiel en considérant les éléments du psychogramme comme des expressions de symptômes psychologiques déterminés. L'utilisation de ces éléments procède par les mêmes voies que l'analyse clinique courante.

Les tableaux ne représentent qu'une moyenne statistique, ils ne répondent à aucun malade concret ni malade type, ils ne peuvent servir qu'une fois le diagnostic établi à la confrontation avec le psychogramme discuté. On peut alors envisager sur la base des différences entre celui-ci et le tableau, de préciser les particularités présentées par le cas clinique concret étudié.

C'est ainsi que, chez notre malade Irma, nous établissons le diagnostic de manie avec la méthode du diagnostic différentiel selon le psychogramme, après quoi, comparant ce psychogramme aux tableaux publiés dans Rorschach ou Monnier, on déduit qu'il s'agit d'une manie délirante, et malgré cela nous trouvons des éléments de bon pronostic.

C) Etudiant le contenu des réponses, nous remarquons comment la malade passe facilement à l'interprétation égocentrique, comment les images perdent leur neutralité et se façonnent par l'affectivité. Nous constatons des réponses chaudes de vie, à opposer aux textes mécaniques, vides et froids, des schizophrènes. Ainsi nous sommes mis sur le bon chemin pour découvrir tout un roman d'amour brisé depuis 25 ans, échec qui renferma solidairement le trio célibataire dans une

vie repliée de sensitivo-paranoïaques, rêvant toujours à cet amour gâché. Nous retrouvons aussi l'incendie du bois qui déclencha la maladie et qui, comme on sait, était enfoui dans l'oubli par la malade.

Le dernier Rorschach, pratiqué à la sortie, nous montre, par opposition au précédent, une malade inhibée par des idées d'incapacité, débile mentale évidente.

En conclusion nous considérons le test de Rorschach comme un matériel de base susceptible d'utilisations cliniques multiples : utilisation du psychogramme, qui nous paraît délaissée en France ; utilisation de l'ensemble global du protocole qui nous paraît devoir être envisagée selon mille directions diverses et non comme certaines tentatives paraîtraient le réclamer, selon un point de vue particulier applicable à tous les cas.

La proportion psycho-pathologique et la typocaractérologie, par M. J. DUBLINEAU.

L'examen d'un individu, quelle que soit son affection, ne vaut que par le bilan de ses facteurs de résistance. Il y a tout lieu de penser que ces derniers, conditionnant la forme et l'évolution de l'affection, sont eux-mêmes fonction de la typologie. Qui dit *bilan* dit comparaison d'éléments positifs et négatifs, c'est-à-dire calcul d'une certaine *proportion* entre les premiers et les seconds.

Ce principe méthodologique doit être entendu comme général. Il suppose la prise en considération de l'ensemble des facteurs individuels. Que le versant considéré soit psychiatrique, pneumo ou cardiologique, peu importe. Le chercheur devra toujours faire le tour de la pyramide individuelle, sans préjudice de l'étude en profondeur. Cette nécessité corrige ce que, du point de vue humain, peut avoir d'illogique une conception trop étroite de la spécialisation.

Si, en matière de vie mentale, on s'en tient aux modes d'expression de cette dernière (1), il doit être possible, étant donné par exemple une formule de délire chronique, d'établir un coefficient de probabilité en faveur de tel caractère de base, et, sans doute, par ce dernier, de telle dominante morphofonctionnelle. Inverse-

(1) Cette restriction, en matière de vie mentale, nous paraît essentielle. Elle laisse de côté, au-dessus des ressources matérielles (au sens bergsonien) de l'individu, le problème de l'énergie spirituelle, elle-même inscrite dans le fluent vital du Cosmos.

ment, il y a, dans cette morphologie, les éléments d'une probabilité x pour :

1° qu'au cas de délire chronique, le sujet présente telle formule d'expression plutôt que telle autre ; ce, sur le plan tant verbal (degré de cohérence en particulier) que pragmatique (degré de conservation de l'activité, efficience de cette activité) :

2° qu'au cas de déficience organique (tuberculose, par exemple), cette tuberculose prenne telle ou telle forme évolutive.

Nous avons donné de ces faits plusieurs exemples sur le plan tant statistique (en particulier à propos des crises nerveuses) qu'individuel (évolution, par exemple, d'un délire chronique post alcoolique). On trouvera au surplus dans notre travail « Psychiatrie et biotypologie » un exposé théorique de ces considérations. Ce qui vaut pour les crises nerveuses (dont l'aspect, le climat morbide familial, la typologie varient avec le type de crises) vaut pour les troubles du caractère (type athlétique (1) prédominant chez l'impulsif), ou pour les états thymiques (type pycnique prédominant), ou pour les états dissociatifs (type asthénique prédominant). Mais les observations pures sont rares. Tout est affaire de proportion. Or, à la pureté morphologique répond dans une certaine mesure la plus ou moins grande pureté des cas.

Voici par exemple les états thymiques :

Sur un lot de 200 malades, on isole 36 sujets faisant des états maniaques (15 sujets), ou mélancoliques (21 sujets).

Les 15 maniaques se répartissent comme suit :

Types morphologiques

	<i>francs</i> (2) (7 cas)	<i>irréguliers</i> (3) (8 cas)
Athlétiques	1	»
Pycniques	6	4
Asthéniques	»	4

Aux pycniques irréguliers répondaient des états cliniquement

(1) Pour notre conception des types individuels, voir : Esquisse d'une interprétation typologique de l'individu. *Ann. méd.-psych.*, 1943, II, p. 263.

(2) C'est-à-dire auxquels l'appréciation visuelle accorde au moins 70 0/0 au type prédominant.

(3) C'est-à-dire auxquels l'appréciation visuelle accorde moins de 70 0/0 au type prédominant.

atypiques, évoluant plus ou moins vers des états de types paraphréniques :

Les 21 mélancoliques se répartissent comme suit :

Types morphologiques

	francs (1) (9 cas)	irréguliers (2) (12 cas)
Athlétiques	»	2
Pycniques	6	7
Asthéniques	3	3

Sur les sept pycniques irréguliers, quatre répondaient à des formes elles-mêmes irrégulières (une forme confusionnelle, une forme évoluant vers l'hypocondrie agressive et la mélancholia persécutoria ; une forme hypocondriaque, une forme avec asthénie, tendant à la dissociation psychasthénique).

D'une façon générale, on retrouve dans ses grandes lignes, pour les types irréguliers, la répartition typologique des états psychopathiques, mise en évidence par les types francs. Par contre, on note une atténuation des différences, liée selon toute vraisemblance au mélange accru des types :

Chez l'*athlétique*, moins de troubles du caractère à type d'impulsivité, davantage de délires chroniques. Ceux-ci gardent encore une formule paraphrénique, mais il s'y surajoute un certain nombre de formes plus strictement dissociatives (schizophrénie simple ou paranoïde).

Chez l'*asthénique*, même prédominance d'états dissociatifs, mais des apports mélancoliques ou maniaques, eux-mêmes atypiques.

Dans l'ensemble, pour les formes à typologie irrégulière, le diagnostic syndromatique se fait lui aussi beaucoup plus irrégulier. Il se laisse difficilement schématiser. Entrent dans ce cas nombre de sujets pour lesquels le diagnostic psychiatrique doit se borner à une énumération de symptômes, comme le diagnostic morphologique à une énumération de particularités.

Ainsi, le diagnostic clinique est-il, au moins à une première approximation statistique, relativement corrélatif de la morpho-

(1) C'est-à-dire auxquels l'appréciation visuelle accorde au moins 70 0/0 au type prédominant.

(2) C'est-à-dire auxquels l'appréciation visuelle accorde moins de 70 0/0 au type prédominant.

logie. Reste à préciser comment les mensurations peuvent rendre compte de ces différenciations cliniques grossières.

DISCUSSION

M. Jean DELAY. — Je me demande pourquoi l'auteur oppose états paraphréniques et états paranoïdes. Sans doute assimile-t-il la paraphrénie au délire paranoïaque. Mais alors, il me paraît préférable de s'en tenir à cette dernière expression.

M. GUIRAUD. — Je partage l'avis de M. Delay. Dans le sens de Kræpelin, états paraphrénique et paranoïde sont analogues et ne peuvent donc s'opposer.

Pour ce qui est de la distinction entre cas purs et impurs de manie, je ne crois pas qu'une telle distinction puisse conduire à des conclusions intéressantes. Les cas paraissent d'autant moins purs qu'on les observe davantage. Où s'arrêter ? On a assisté à une évolution du même genre avec les délires des dégénérés de Magnan. Les malades typiques devenaient, ici aussi, de plus en plus rares. Tout s'effaçait derrière les cas atypiques et la dégénérescence.

M. NEVEU. — Il y a, en matière d'anthropologie, une technique précise, celle de Martin. Cette technique a-t-elle été adoptée par l'auteur ? Quant à l'élaboration statistique des courbes, elle ne saurait s'accommoder, dans la courbe de Gauss, de groupes hétérogènes. L'existence même de ces groupes la rend irrégulière. Or, c'est le cas, si l'auteur admet l'existence de types morphologiques. L'interprétation des résultats risque donc de devenir difficile.

M. LHERMITTE. — Il faudrait, comme le rappelait M. Beaudouin, dans son allocution de janvier 1943, définir les mots psychiatriques. Pour ce qui est de la paraphrénie, il est certain que le sens du mot a évolué. Le sens primitif de Kræpelin a été remplacé par celui que tend à adopter Bleuler. Le délire paraphrénique diffère pour lui du délire paranoïde ; c'est un délire coexistant avec une vie psychologique normale. Il est en même temps plus cohérent que le délire paranoïde.

M. Jean DELAY. — Le terme de paraphrénie n'est pas superposable, en matière de délire, à la notion de paranoïa. Il est plus proche du délire paranoïde.

M. DUBLINEAU. — Je crois que par délires paraphréniques il faut entendre non seulement ceux qui ont trait aux délires paranoïaques, mais encore ceux qui se développent sous forme de psychoses hallucinatoires chroniques et que G. de Clérambault avait précisément distingués du délire paranoïaque proprement dit. Dans les uns comme dans les autres, il s'agit de systèmes cohérents avec conservation de l'activité mentale et pragmatique ; autant de traits qui les distinguent des états paranoïdes.

En matière de technique, le point essentiel pour les mensurations paraît être de s'attacher aux repères osseux. Les mesures sans repères osseux sont sujettes à caution.

Quant à la méthode statistique ordinaire, elle paraît suffisante, en tenant compte des écarts sigmatiques et des écarts réduits, pour l'interprétation des cas.

Deux cas d'état crépusculaire épileptique mnésique, par MM. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA.

Des délires prolongés mnésiques postparoxystiques peuvent s'observer chez les comitiaux ; leur nature épileptique n'est plus contestée par la plupart des cliniciens. Chaque nouvelle observation entraîne des considérations particulières. Nous rapportons deux observations d'état crépusculaire mnésique postparoxystique.

Obs. 1. — Ch., terrassier, âgé de 23 ans. Première crise à l'âge de 14 ans, caractérisée par une aura sensitive à type de courant électrique, suivie d'une procursion d'une trentaine de mètres, puis d'une chute avec convulsions généralisées. La deuxième crise eut lieu un an après. Par la suite, Ch. présente 5 à 6 crises par an sans aura, avec perte de connaissance et souvent morsure de la langue, émission d'urine, mouvements automatiques consécutifs et céphalée.

A l'âge de 18 ans apparaissent des absences soit du type anarthrique, soit sous forme d'arrêts de la pensée. Le caractère reste normal.

A l'âge de 19 ans, premier épisode impulsif conscient. A la suite d'une menace d'un de ses camarades, il se jette sur lui, le bat sauvagement et le mord. Il est condamné et envoyé à Fresnes. Par suite de l'interruption du traitement, il présente des crises convulsives et est transféré à l'Asile de Villejuif, où il reste un an. Il est traité ensuite, à la consultation des épileptiques de l'Hôpital Henri-Rousselle par le gardénal et le solantyl ; les crises tendent à s'espacer.

En janvier 1943, ayant suspendu tout traitement, il présente, le 26 janvier 1943, quatre crises au cours de la nuit. Le lendemain apparaissent des crises de rire accompagnées d'excitation psychique et d'impulsions ; voies de fait sur son père qu'il blesse ; hallucinations et interprétations multiples ; impression de transformation de l'ambiance ; sensation de bien-être et d'euphorie (il se trouve heureux et voit que tout le monde est heureux) alternant avec des épisodes anxieux. Déroulement idéique extrêmement riche. Scènes de l'Evangile, de la vie des saints, de la vie privée de ses parents. Hallucinations avec vision d'objets brillants, d'allumettes qui s'allument, ou visions macabres de squelettes ; sensation bizarre d'une plaque de feu sur le ventre, de fer

bouillant qui coule sur lui ; interprétation de bruits (les cloches d'un couvent sonnent l'Internationale au lieu de sonner, comme d'habitude, l'Ave Maria). Le monde lui semble transformé, bizarre, comme théâtralisé. Les gens lui apparaissent avec une auréole noire autour des yeux et il se figure que cette coloration est le résultat des gaz que les Allemands leur ont envoyés. Les gens font la queue devant les boutiques pour l'induire en erreur. Les saucisses qui sont pendues chez le charcutier sont en carton ; les fleurs des fleuristes sont artificielles ; tout cela est fait exprès pour faire croire aux Anglais, lorsqu'ils arriveront à Paris, que les Français ne manquent de rien.

A certains moments, il joue un rôle actif dans son délire. Croyant entendre un bombardement, il fait les mouvements de tirer à la mitrailleuse. Mais, le plus souvent, il assiste à demi-conscient à ces phénomènes, en fait même la critique : « Je dis des bêtises », « c'est comme si j'étais saoul », dit-il. C'est lui-même qui a demandé son hospitalisation à l'Hôpital Henri-Rousselle, se trouvant malade et se sentant de plus en plus faible. Les troubles mentaux s'estompèrent progressivement et disparurent au bout d'une huitaine de jours. Après guérison, Ch. a conservé le souvenir de la plupart des faits que nous venons d'exposer.

A la suite d'un nouvel accès d'excitation confuse, Ch. a été de nouveau interné le 10 novembre 1943.

Dans les antécédents familiaux du malade on note l'alcoolisme maternel, l'alcoolisme et l'épilepsie chez le père. Le malade débile sait lire et écrire, mais ne sait pas compter. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques. Constitution athlétique. L'examen somatique montre une abolition des réflexes achilléens. Les réactions sanguines sont négatives.

Obs. 2. — M. Be., âgé de 53 ans, présente des crises depuis l'âge de 20 ans, à type d'étourdissements d'abord, à type convulsif à partir de l'âge de 35 ans.

Caractères des crises convulsives : chute, mouvements cloniques et toniques, morsure de langue, miction involontaire ; somnolence d'une demi-heure. Les crises sont rares, une à deux crises environ par an.

Depuis 1935 qu'il est soigné à la consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle, les grandes crises sont disparues et il ne persiste que quelques étourdissements par mois. A deux reprises cependant, en décembre 1939 et décembre 1941, les accidents sont plus complexes ; une fois l'étourdissement s'est compliqué d'une légère convulsion de la main droite, une autre fois d'actes automatiques. L'examen neurologique et humoral ne décèle aucun trouble important.

Dans les antécédents personnels nous relevons des convulsions infantiles et une tendance dépressive et chronique avec troubles du caractère. Son père serait mort d'une affection hépatique et il a un frère atteint de débilité mentale.

Le 1^{er} octobre 1942, le malade présente l'accès psychique particulier suivant : Be. nous le relate, dans ses moindres détails, qui sont confirmés par sa femme. Un lundi, il est invité à déjeuner chez des parents. Fait qui n'est pas dans ses habitudes, il boit trois apéritifs et ne prend pas son gardénal quotidien. Le lendemain, il présente des absences fréquentes ; un état d'excitation psychique s'installe progressivement. Il tient des propos incohérents, devient agressif et violent ; il déchire une lettre qu'il écrivait à sa fille ; il gifle son fils. A cet état s'associe une anxiété intense avec onirisme. Il a peur qu'on l'emmène à Sainte-Anne ; il entend la voiture de l'ambulance qui arrive, il accuse sa famille de participer à l'enlèvement. Des voix lui disent qu'il est fou. On lui reproche d'aller travailler en usine pour les Allemands. Visions d'éclairs. Il menace de se jeter par la fenêtre. Variation de l'humeur, tristesse ou euphorie. Idées mégalomaniaques avec impression de bien-être. Voyant ses larmes couler, il dit : « Ce sont des larmes d'or. » Il se dit l'homme le plus riche du monde. Réactions clastiques ; il se déshabille, déchire ses vêtements. Quoique inconscient de la nature pathologique de son état, il a cependant par moments le sentiment qu'il est malade et dit : « C'est malheureux d'être fou. » Cet état se prolonge mardi soir et mercredi toute la journée.

Le mercredi soir, Be. a repris sa lucidité ; il a conservé le souvenir de tout ce qui s'est passé durant l'accès délirant ; il éprouve un peu de courbature ; il reprend ses occupations le jeudi.

Les manifestations délirantes présentées par ces deux malades revêtent des caractères spéciaux qui nous paraissent bien propres aux délires épileptiques mnésiques et que l'on retrouve dans l'observation récente de M. X. Abély et Mlle Gravejal (1). Au cours de leurs accès psychiques nos deux sujets ont gardé une conscience partielle du caractère pathologique de leurs troubles, de leurs idées délirantes, de leurs hallucinations et ils ont éprouvé l'impression qu'ils vivaient dans un monde irréel ; ils avaient le sentiment qu'ils étaient « aliénés ». Leur onirisme est comparable à l'état dans lequel on se trouve au moment où l'on passe de l'état de veille au sommeil ou vice-versa. Pendant cette phase, on se rend souvent compte du déroulement non dirigé des idées. Cet état onirique subconscient explique le caractère mnésique du délire.

A noter chez ces deux malades le passage rapide d'un ton émotif euphorique à un ton dépressif et, dans les deux cas, les tendances agressives bien particulières aux délires épileptiques.

(1) ABÉLY (X.) et Mlle GRAVEJAL. — Accidents psychopathiques conscients et mnésiques chez un épileptique. *Soc. méd.-psych.*, 14 nov. 1940, p. 265.

Qu'il s'agisse d'idées délirantes, d'hallucinations, les symptômes n'avaient aucun lien entre eux ; ils se succédaient sans suite, sans relation. Il s'agit là d'une fuite des idées particulière, différente de celle que l'on observe dans les états maniaques.

Les deux formes mnésiques que nous rapportons se sont développées après une plus grande fréquence des crises et des absences, dans les deux cas à la suite de l'interruption du traitement gardénalique et dans l'un d'eux après des excès éthyliques surajoutés. Les accès délirants ont débuté immédiatement après cette phase convulsive, mais n'ont atteint que progressivement leur point culminant. Chez le malade de notre première observation des accès de rire sans motif ont marqué le début des manifestations psychiques et le malade ressemblait à un dément précoce. Par contre, dans les deux cas les accès ont été de courte durée et ont cessé brusquement. Les malades ont pu reprendre leur travail dès le lendemain de la disparition des troubles mentaux.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. — Peut-être faudrait-il faire jouer un rôle dans l'opposition de tels états à la nature de la médication. Dans certains cas, j'ai l'impression que le bromure réussit mieux que le gardénal, et le solantyl mieux que les barbituriques. Je parle du solantyl et non du di-hydan, sur la nature duquel je serais beaucoup plus réservé.

M. MARCHAND. — C'est exact, et ce, surtout chez les enfants. Je donne à ces derniers un peu de gardénal et 1 gr. ou 1 gr. 50 de bromure.

M. GUIRAUD. — C'est aussi mon avis. J'ai été amené souvent à remplacer, chez les enfants, le gardénal par le bromure.

M. LHERMITTE. — Le bromure peut se donner en capsules glutinées qui se dissocient dans l'intestin et non dans l'estomac. Ainsi, certains des inconvénients du bromure sont évités.

M. Jean DELAY. — Le gardénal, en supprimant les crises, fait apparaître classiquement des troubles du caractère. Ceux-ci sont à leur tour améliorés par certaines associations thérapeutiques, le néosal par exemple.

M. BRISSOT. — Dans les troubles du caractère épileptiques, l'association belladone-gardénal donne de bons résultats. Quant aux dérivés hydantoïques, j'ai souligné ici-même, naguère, leur action souvent désastreuse chez l'enfant. Depuis, j'ai reçu une dizaine de lettres de collègues de province confirmant mes conclusions.

M. SOULAYRAC. — Expérimentalement pourtant, des animaux traités à doses équivalentes par le gardénal et l'hydantoïne (solantyl) meurent dans le premier cas et non dans le second.

M. RONDEPIERRE. — A condition de continuer la cure gardénalique je n'ai pas observé d'accidents avec la diphénilhydantoïne.

M. MARCHAND. — Il n'y a pas, en réalité, un médicament spécial chez les épileptiques. Il y a des médicaments pour chaque épileptique. On ne peut pas, à l'heure actuelle, prévoir l'efficacité éventuelle d'un produit dans tel ou tel cas.

Etude expérimentale de la mémoire et de l'attention des électro-choqués (1), par MM. Jean DELAY et René BINOIS.

Des amnésies transitoires, antérogrades ou rétrogrades, parcellaires, lacunaires ou thématiques, avec fabulation ont été décrites au cours du traitement par l'électro-choc (2). Mais il est des cas frustes ou fugitifs. Les malades d'asile, soustraits à la diversité et à la complexité des situations de la vie sociale se prêtent plus difficilement que les malades soumis au traitement ambulatoire à la mise en évidence de ces troubles. Il était bon surtout de pouvoir comparer d'une manière plus rigoureuse la mémoire de nos malades avant et après le choc. C'est pourquoi nous avons abordé l'étude de ces troubles par la méthode expérimentale. De même nous avons voulu vérifier, par la même méthode, la constatation clinique d'une amélioration de l'attention.

Comme épreuve de mémoire nous avons retenu le test des listes de chiffres de Jacobs et Ebbinghaus, pour la mémoire immédiate, pour la mémoire d'évocation et indirectement de reconnaissance, le test des mots eouplés. Pour l'attention, nous avons utilisé le test classique de barrage de signes de Toulouse-Piéron, et établi, nous inspirant des recherches de Meili, une épreuve qui nous paraissait éliminer davantage le rôle de la mémoire et qui consiste à barrer des signes portant le même nombre de traits horizontaux de part et d'autre d'une ligne verticale. Pour chacune des épreuves de mémoire, nous avons établi des séries parallèles pour éviter les effets de l'apprentissage, et nous les avons distribuées de façon à annuler les différences de difficultés.

(1) Ce travail a été fait au laboratoire de psychologie expérimentale de la Clinique des maladies mentales, avec la collaboration de Mlles Jublin, Cotta et Albert.

(2) Jean DELAY. — Les amnésies expérimentales par électro-choc. *Soc. de neurol.*, janv. 1943.

Sur 30 sujets examinés, 23 ont subi toutes les épreuves et ont été retenus. Nous avons comparé nos résultats et ceux d'un groupe témoin, n'ayant pas été traité par le choc, malheureusement réduit, puisqu'il ne comporte que 12 sujets. Chaque malade a été examiné avant le premier choc, puis deux jours après le deuxième, après le quatrième, après le sixième et enfin 8 à 15 jours après la fin du traitement.

Pour l'interprétation des résultats, nous avons calculé la moyenne des écarts entre les résultats obtenus aux examens successifs d'une part, et d'autre part le résultat obtenu à l'examen qui a précédé le choc, et nous avons porté sur les courbes ci-dessous, en abscisses, les examens successifs et, en ordonnée, la moyenne des écarts.

Epreuves de mémoire. — Les graphiques suivants nous donnent les résultats des épreuves de mémoire :

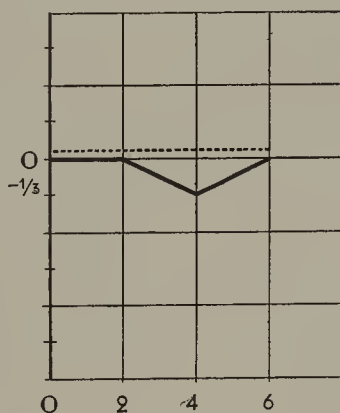


FIG. I. — Epreuve de mémoire immédiate
 — groupe des sujets choqués
 ---- groupe témoin

La simple inspection de ces courbes montre que la mémoire immédiate n'est pratiquement pas influencée par le traitement puisque c'est à un seul des examens que nous notons un écart de $-1/3$, ce qui sur une moyenne de cinq chiffres $1/3$ retenus représente une baisse de 6 0/0 de la mémoire immédiate. Seul le nombre insuffisant de sujets est responsable de l'irrégularité de notre courbe qui devrait être une droite avec un écart pratiquement nul.

La mémoire d'évocation, au contraire, donne une courbe en U. Chute jusqu'au 4^e choc, puis remontée pour aboutir finalement à un écart nul 15 jours après le traitement.

Intéressants pris absolument, ces résultats deviennent plus significatifs comparés à la moyenne de mots retenus avant le choc qui est de 10,8. En effet après le 2^e choc, l'écart moyen est de — 3,1 mots, soit une baisse de 28 % du rendement numérique, après le 4^e choc l'écart moyen est de — 4,4 mots soit une baisse de 40 %, après le 6^e choc, l'écart moyen est de — 2,1, soit une baisse de 19 0/0. L'écart s'annule presque après le traitement et la capacité mnésique se retrouve indemne.

Sans doute il y a des différences individuelles : deux sujets

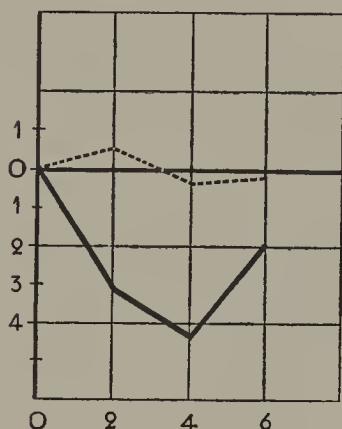


FIG. II. — Test des mots couplés
Mots retenus
— sujets choqués
--- groupe témoin

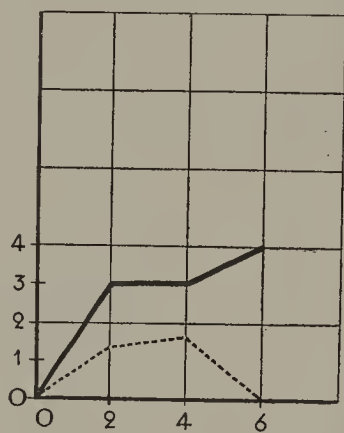


FIG. III. — Test des mots couplés
Mots inventés
— sujets choqués
--- groupe témoin

accusent un écart positif, donc une amélioration, à toutes les épreuves, deux sujets donnent des résultats paradoxaux avec écart positif jusqu'au 4^e choc, puis écarts négatifs. Le nombre insuffisant de cas ne nous a pas permis de déterminer avec certitude le lien entre ces résultats aberrants et l'état mental des sujets. Mais si nous mettons à part ces quatre sujets, il en reste 19 qui suivent la loi générale. Pour ces 19 sujets, donc pour 57 examens (en laissant à part le dernier examen qui se pratique après le traitement) nous relevons seulement cinq écarts positifs, les autres s'échelonnant entre 0 et — 8. On peut donc conclure à une assez grande cohérence de nos résultats.

Le groupe témoin donne au contraire une courbe oscillant autour de la droite des écarts nuls et ne s'en éloignant que fort peu.

La figure 3 représente la courbe des écarts des mots inventés,

autrement dit des mots que le sujet *ne reconnaît pas* comme ne faisant pas partie de l'épreuve. Cette courbe mesure donc indirectement la mémoire de reconnaissance, le nombre des inventions variant en raison inverse de cette dernière. Et l'on voit que l'évolution de la mémoire de reconnaissance, au cours du traitement par le choc, est exactement parallèle à celle de la mémoire d'évocation.

Ainsi l'étude expérimentale confirme la clinique. Le choc détermine une atteinte de la mémoire qui, maxima, vers le 4^e ou 5^e choc, s'atténue ensuite malgré la prolongation du traitement pour disparaître rapidement après la fin de celui-ci. On nous objectera la mémoire immédiate. Mais l'un de nous a déjà insisté, dans un travail sur les dissolutions de la mémoire, sur la conservation de la mémoire immédiate dans les amnésies antérogrades (1). De plus, le désaccord règne, on le sait, chez les psychologues, sur la nature de la fonction explorée par les épreuves de mémoire immédiate. Mémoire, ou « persistance sensorielle », capacité d'appréhension immédiate ? La dissociation expérimentale de la mémoire immédiate et de la mémoire proprement dite dans leur évolution au cours du choc pourrait être intéressante à verser au dossier de cette discussion.

Mais une remarque s'impose, la méthode des mots couplés à laquelle nous avons eu recours est trop complexe et pourtant n'aborde qu'un aspect de la mémoire. Elle suppose la fixation, l'évocation, la reconnaissance. Elle explore, pourrait-on dire, la mémoire logique. Mais elle laisse de côté bien des mémoires : sensori-motrice, mémoire concrète, mémoire des faits d'un passé plus lointain et cette forme particulière de mémoire qui consiste à se rappeler, au moment opportun, qu'on a quelque chose à faire.

Epreuves d'attention. — En abordant l'étude de l'attention chez nos malades nous avions une idée préconçue. Nous pensions trouver une amélioration de l'attention rendant plus saisissante la baisse de la mémoire. Voici les résultats que nous avons obtenus :

Au test Toulouse-Picron nous trouvons d'abord une baisse, d'ailleurs légère, puis rapidement les résultats s'égalisent. Pratiquement l'attention paraît inchangée. Mais les résultats du groupe témoin s'améliorent. Et cette amélioration s'explique par l'effet de l'apprentissage, car, bien que nous ayons fait varier les signes

(1) Jean DELAY. — Les dissolutions de la mémoire. *P.U.F.*, 1942.

à barrer nous n'avons pas pu supprimer l'apprentissage général de la tâche. Dès lors, comment interpréter l'infériorité des sujets choqués, dans cette tâche ? *Y a-t-il conservation de l'attention avec diminution des facultés d'apprentissage ou intégrité de la faculté d'apprentissage et baisse de l'attention ?* Pour résoudre ce problème il faudrait soumettre nos sujets à des épreuves d'apprentissage par exemple de parcours d'un labyrinthe. Mais la question se complique encore. Dans le test de Toulouse-Piéron la mémoire — mémoire des signes à barrer — joue probablement un

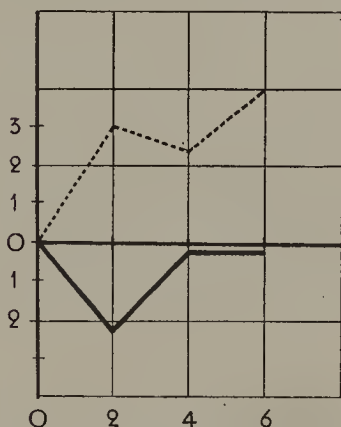


FIG. IV. — Test de barrage
Toulouse-Piéron
— sujets choqués
--- groupe témoin

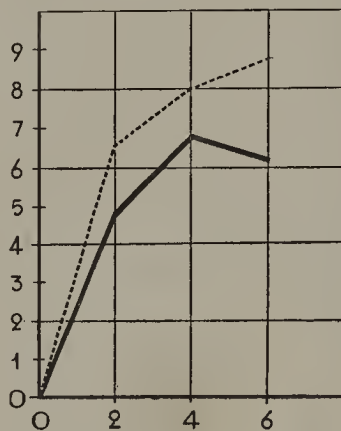


FIG. V. — Test des traits
— sujets choqués
--- groupe témoin

rôle et contribuerait dans le cas présent à faire baisser nos résultats, ce qui semble démontrer l'épreuve de barrage de traits. En effet, nous obtenons là des résultats qui, tout en demeurant inférieurs, se rapprochent bien davantage de ceux du groupe témoin.

Nous ne pouvons donc pas affirmer avec certitude que notre hypothèse ait été vérifiée. Mais il est assuré que l'attention n'est pas, comme la mémoire, atteinte par le choc et il est permis de penser qu'elle est plutôt améliorée dans la mesure où les épreuves dites d'attention font intervenir des facteurs très divers : mémoire, apprentissage, rapidité de l'exécution.

Il est remarquable en effet que la rapidité d'exécution de la tâche ait diminué. Mais dans la manière d'interpréter les résultats de ces épreuves la rapidité joue un rôle. Or nos malades ont dans l'ensemble barré moins de signes que les sujets non choqués,

mais ils ont relativement commis moins d'erreurs, c'est-à-dire barré moins de signes à tort.

En résumé, le nombre de malades examiné reste trop restreint. Mais les résultats présentent suffisamment de cohérence pour que nous puissions affirmer une atteinte indiscutable, importante, mais transitoire de la mémoire au cours du choc, une conservation et même une amélioration de l'attention. Resterait à multiplier les épreuves pour étudier les différents aspects de la mémoire et pour l'étude de l'attention à dissocier des éléments comme apprentissage, mémoire, vitesse d'exécution et attention proprement dite si tant est que l'attention puisse être isolée psychologiquement.

Perturbations de l'image corporelle dans un cas de psychose hallucinatoire chronique, par M. Claude POTTIER.

On sait l'importance des troubles de la cénesthésie dans la psychose hallucinatoire chronique. Souvent ces troubles sont à la base d'illusions et d'hallucinations dites cénesthésiques et sont générateurs d'idées délirantes de transformation corporelle et même de négation. Appliquée à ces faits, la conception de l'image corporelle nous paraît un progrès dans leur connaissance. Peut-être peut-elle expliquer aussi que, pour être rares dans cette psychose, des phénomènes autoscopiques puissent y être observés, associés à d'autres troubles psychosensoriels. Sollier avait d'ailleurs autrefois insisté sur la relation intime qui existe entre les troubles cénesthésiques et le phénomène d'autoscopie. Le cas suivant nous paraît être un exemple de ces troubles de l'image de soi au cours de la psychose hallucinatoire chronique.

OBSERVATION. — T., Eugénie, 37 ans, couturière, est internée dans un hôpital psychiatrique depuis 1933. Pendant cette année, elle fait plusieurs tentatives de suicide et refuse partiellement les aliments. A la suite d'une fugue du domicile de son père, elle se réfugie au Commissariat de police de St-Denis. Examinée à ce moment par M. Logre, celui-ci constate qu'elle est sujette à des hallucinations de l'ouïe et à des interprétations délirantes. Elle éprouve des troubles cénesthésiques. Elle exprime des idées délirantes de persécution. Elle use de néologismes dans son langage.

Elle est admise à l'Asile Ste-Anne, le 28 octobre 1933, puis transférée à l'Asile de Maison-Blanche, le 10 novembre de la même année. Elle est considérée comme une débile en proie à une bouffée déli-

rante avec réactions hystéroschizoïdes. Le 20 novembre 1934, elle est transférée à l'Asile de Clermont, dans un état de stupeur caractérisé par une immobilité absolue, de l'amimie, un aspect de statue, de la conservation des attitudes provoquées, du mutisme complet, du gâtisme urinaire. Elle traverse ensuite une période de turbulence de courte durée puis redevient calme. Mais elle souffre presque continuellement de troubles sensitifs et cénesthésiques importants. Par exemple, il lui arrive de se sentir « enflée » ou froide. Une nuit, en se réveillant, elle a l'impression que sa poitrine et son épaule droite sont en verre. Souvent, elle a la sensation que sa tête s'arrondit comme une « boule » et se vide. Chétive, malade et dolente, elle a des préoccupations hypocondriaques. Elle dort mal, s'alimente peu et irrégulièrement. Parfois, elle refuse les aliments ou réclame des friandises. Elle manifeste des troubles de l'humeur et du caractère. Elle fait des colères puériles au cours desquelles il lui arrive de pousser des cris aigus, de se rouler à terre, ou de casser un carreau. Ses plaintes et ses réactions attestent de la persistance de troubles psychosensoriels. On lui lance des éclairs qui lui brûlent les yeux. Elle répond à des voix imaginaires par des propos souvent incompréhensibles. Elle se bouche souvent les oreilles avec de la mie de pain et le vagin avec des papiers. Après les repas, elle cherche à se faire vomir. Des machines, dit-elle, lui envoient des courants. Elle se couche toute vêtue sur son lit ou change de lit pour leur échapper.

Depuis quelque temps, elle se figure que son visage s'amincit, s'allonge, et se déforme. Pendant cet imaginaire travail de construction, elle croit entendre « craquer » les os de sa face. Parfois, cette sensation dure pendant une semaine. Elle est très douloureuse. Elle s'accentue quand elle lève la tête en l'air, aussi s'efforce-t-elle de la baisser continuellement. Elle est convaincue que son visage est déjà très déformé. Elle estime qu'il était autrefois plus ovale et son nez plus court. Elle assure qu'il ne s'agit pas simplement d'un amaigrissement mais d'une déformation définitive. D'autre part, elle croit que ses mains grossissent. Elle attribue ces déformations à une action extérieure. On agit sur elle pour lui « nuire ». Elle est victime des malades de son entourage dont elle donne les noms. Ces malades qui sont vieilles ou laides veulent lui prendre sa beauté. Elle en arrive à se contracter pour « défendre » son corps. Elle ne veut pas que ses compagnes la regardent. A différentes reprises, elle frappe des voisines de table, sous prétexte qu'elles la « travaillent ». Elle a la sensation qu'on lui arrache les yeux ou le nez, qu'on lui mange la figure. Elle est « comestible » dit-elle. On la mange goulûment comme de la crème ou de la confiture. Ses persécutrices « prennent de son corps » pour « prendre sa beauté ». Suivant son expression, elles « aspirent son ombre ». Il semble bien qu'elle appelle son « ombre », un double de son image. « A force de prendre de mon corps, dit-elle, elle parviennent à me ressembler. » Une fois dans une hallucination combinée de l'ouïe, elle a entendu une de celles-ci dire : « J'ai beau faire, je ne viens pas à bout

de lui ressembler ». Parfois, la ressemblance n'est que partielle. Elle croit retrouver ses yeux dans ceux de Mme R... La bouche de Mme G... est devenue exactement la sienne, etc... D'autres fois, la ressemblance est totale. Elle est toujours complète d'emblée. Elle voit assez souvent son sosie apparaître ainsi dans d'autres personnes en sa présence. « Ce qui m'étonne le plus, dit-elle, spontanément, c'est l'émancipation ; le transfert du visage... » A noter qu'elle emploie d'elle-même les expressions « d'émancipation » et de « transfert » pour expliquer l'étrange phénomène auquel elle assiste.

La malade qui depuis longtemps déjà vit au milieu de certaines personnes, qu'elle a pu ainsi longuement observer, leur découvre soudain dans ce cas une ressemblance frappante avec elle. Précisons qu'il n'existe aucune ressemblance réelle entre notre malade et ses persécutrices qui pourrait justifier même en partie ses prétentions. Quand elle croit à une pareille ressemblance, elle paraît sujette à une illusion sensorielle. Quand elle regarde une personne qu'elle croit lui ressembler, la vue de cette personne lui donne une sensation visuelle brute, pure, à laquelle elle ajoute la représentation dont son esprit délirant est pour l'instant préoccupé. Une sensation réelle existe donc au moment de cette perception erronée sans qu'on puisse apprécier exactement son importance dans cette perception. Elle n'a pas, semble-t-il, une perception sans objet. Elle ne se voit pas quelque part devant elle. Elle se reconnaît sur une autre personne. L'illusion consistant à prendre une personne pour une autre, s'observe déjà en dehors de toute maladie. Mais si nous pouvons estimer que telle personne nous ressemble, pouvons nous jamais prendre autrui pour nous-mêmes ? L'image de soi a d'autres composantes sensorielles que la visuelle. Cependant, le délire qui admet la dépersonnalisation semble le permettre. Pour notre malade, il y a plus qu'une ressemblance, c'est-à-dire une apparence, il y a la réalité de ce qu'elle appelle « le transfert de son visage ». On sait que l'image corporelle peut être projetée en dehors du moi sous la forme d'une hallucination. Si on abandonne le raisonnement psychologique pour examiner au point de vue clinique les troubles de la malade, on constate que ses visions s'intègrent dans un ensemble de sensations différentes. Elle sent d'abord des doigts qui se crispent sur sa figure : ses joues se creusent, sa bouche et son nez s'allongent, etc... Au même moment, elle déclare qu'elle se sent engourdie comme si elle était « gelée », qu'elle devient « raide comme un baton » puis aussi « inerte » que son béret. « On dirait, dit-elle, que le corps se vide... on ne sent plus son corps. » Son corps a perdu toute consistance. « Je suis comme un vent », dit-elle. Elle ajoute : « à ce moment, je ne suis plus rien du tout et je me vois devant... » C'est alors en effet qu'elle voit sa persécutrice du moment prendre sa physionomie. « Je suis raflée, dit-elle, cette personne me fait comme une glace ». Il semble qu'elle substitue une image de soi à la vision réelle et objective de la personne.

Ainsi donc, dans les phases critiques de ses troubles, elle a, d'une part, la sensation d'évanouissement de son corps, et, d'autre part, elle voit simultanément son image se projeter sur une autre personne. Quoique transitoire, cette perte de la notion de son propre corps nous fait évoquer les faits d'asomatognosie. D'autre part, malgré sa localisation spéciale, la vision de l'apparition de son image rappelle les hallucinations héautoscopiques. Quand on se souvient des importants travaux de M. Lhermitte et de ses élèves, sur la pathologie de l'image corporelle, on est moins surpris par l'association des sensations bizarres éprouvées par notre malade. Nous pensons qu'il y a chez elle un trouble dans la perception de sa corporalité. Nous pensons aussi que ce trouble est fréquent dans la psychose hallucinatoire chronique. Nous pensons enfin que cette observation pose à nouveau la question du rapport entre la pathologie du schéma corporel, le délire métabolique et de négation et le problème du double.

DISCUSSION

M. LHERMITTE. Comme vient de le souligner M. Pottier, il y a dans les modifications de l'image corporelle tout un ensemble de faits à la limite du neurologique et du psychique, et pouvant utilement servir à la compréhension de délires divers (cénesthésiques, de négation, etc..)

La séance est levée à 18 heures

Les secrétaires des séances,

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

SOCIÉTÉS

Sociétés belges de Médecine mentale et de Neurologie

Séance commune du 27 novembre 1943

Présidence : M. R. LEY, secrétaire

Compression bulbaire par l'apophyse odontoïde de l'atlas fracturé, par M. ECTORS.

Une malade âgée de 40 ans a fait en 1936 une fracture de l'apophyse odontoïde, confirmée radiologiquement. Depuis cette époque, elle a été traitée pour douleurs dans la nuque, exagérées par la mobilisation, et irradiant en licol autour du cou et vers le front, des deux côtés. Actuellement, la malade présente une hémiplégie gauche, une hémianesthésie alterne comprenant la face et le tiers supérieur du cou à droite, et tout le reste du corps à gauche ; une parésie des membres droits et une douleur suraiguë à la mobilisation de la nuque. Ces symptômes résultent de la compression de la face antérieure du bulbe par l'apophyse odontoïde.

Ependymome du septum lucidum, par M. van LAERE.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 40 ans, dont l'affection évolua en vingt-cinq mois et fut caractérisée par des signes de la série hypothalamique à caractère récidivant, avec hypertension intra-cranienne mais sans papille de stase. Il s'agissait d'un épendymome bien encapsulé du volume d'une mandarine, né au niveau du septum lucidum et épargnant le corps calleux. Au point de vue anatomique, l'aspect était identique à celui d'un cas décrit par Cushing dans sa monographie, et dont la rareté motive la présentation.

Syringomyélie lombo-sacrée ou état dysgraphique, par M. DE HAENE.

Relation du cas d'un jeune homme de 20 ans atteint d'une plaie indolore au coccyx et de crises douloureuses dans les organes génitaux, qui furent bientôt remplacées par des troubles urinaux. Il existe de légers troubles des réflexes des membres inférieurs et des troubles sensitifs à type syringomyélique dans les territoires des trois derniers segments sacrés. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Il n'y a pas d'anomalies squelettiques. L'auteur discute le diagnostic.

Lésions diencephaliques dans les tumeurs cérébrales, par M. DER YMAEKER.

Les troubles de la série sympathique qu'on observe dans les hypertension intra-crâniennes ont incité l'auteur à examiner spécialement la région diencephalique dans douze cas de tumeurs cérébrales avec forte hypertension. Cette région, qui est la plus vascularisée du cerveau, présentait régulièrement des signes de congestion au niveau des petits vaisseaux ainsi que des altérations cellulaires importantes, surtout près des parois du 3^e ventricule. L'auteur discute le mécanisme des symptômes diencephaliques à la lumière de ces constatations.

Syndrome radiculaire après rachianesthésie, par M. BAONVILLE.

Relation du cas d'un homme de 50 ans qui ressentit, au moment de la ponction lombaire, pour rachianesthésie, une douleur immédiate dans le membre inférieur gauche, puis des troubles de la miction et de la défécation. On observa par la suite une parésie puis une atrophie en masse du membre, avec troubles sensitifs. L'auteur signale les cas analogues qui ont été décrits et en discute la pathogénie.

Métastase en plaque de l'aile du sphénoïde, par M. DUMONT.

Etude anatomo-clinique du cas d'un sujet souffrant depuis vingt ans de céphalées et chez lequel on vit se développer une exophtalmie unilatérale gauche et une hémiparésie droite. Un certain degré d'anémie et une prostate suspecte permettaient de croire à une tumeur métastatique, mais la possibilité d'un méningiome en plaques, malgré sa rareté surtout chez l'homme, devait être envisagée.

A l'intervention, on trouva un aspect macroscopique de méningiome, mais l'examen histologique devait montrer qu'il s'agissait d'une métastase. La difficulté du diagnostic de la nature de la tumeur, et le fait que dans les deux cas l'arachnoïde semble constituer une barrière à la prolifération tumorale, constituent l'intérêt du cas.

La valeur des épreuves vestibulaires dans l'examen des névroses traumatiques, par M. DESCAMPS.

L'auteur a étudié comparativement les épreuves vestibulaires dans toute une série de cas de traumatisés du crâne et de névrosés de toute nature. Il montre que les réactions peuvent être trouvées normales ou pathologiques

dans tous les groupes, et qu'il n'y a pas de différence constante entre le mode de réaction des névrosés indemnisables et des névrosés non indemnisables. Toutefois, ces épreuves ne peuvent être prises comme tests ni séparées de l'ensemble de l'examen clinique.

J. LEY.

Séance commune du 18 décembre 1943

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

En ouvrant la séance, M. le Président prononce l'éloge funèbre de M. le docteur GLORIEUX, Inspecteur général honoraire au Ministère de la Justice, décédé récemment à l'âge de 85 ans, et qui fut l'un des membres fondateurs de la Société.

Hémiplégie spastique stabilisée ; présentation d'un cas en cours de rééducation, par M. KLEYNTJENS.

L'auteur présente un malade qui a fait, à l'âge de 49 ans, un ictus suivi d'hémiplégie droite avec aphasie. Le traitement entrepris dix mois plus tard, alors qu'il existait une ankylose de l'épaule, des atrophies musculaires, des contractures, et que le cas paraissait stabilisé, a donné des résultats remarquables grâce notamment à l'utilisation des syncinésies de flexion et au placement d'un appareil plâtré, puis d'un appareil de traction, pour obtenir l'élongation des extenseurs du bras.

**Maladie de Hodgkin ; paraplégie ; guérison,
par MM. KLEYNTJENS et KETTENMEYER.**

Présentation d'une femme de 42 ans, atteinte de maladie de Hodgkin depuis 1934 et qui fit, après divers autres accidents, chaque fois guéris par la radiothérapie, une paraplégie par métastase du niveau du corps vertébral de D 12, avec atteinte de la méninge et compression médullaire. La radiothérapie fit une fois encore disparaître les symptômes, avec récupération totale de la marche et des fonctions des sphincters. La longue durée de l'affection et sa radio-sensibilité constituent les particularités du cas, qui montre en outre l'intérêt des irradiations précoces, les signes radiologiques étant généralement tardifs.

Considérations sur le traitement des abcès du cerveau, par M. MORELLE.

L'auteur apporte au débat de cette question, encore très controversée, six observations personnelles d'abcès cérébraux d'origines diverses, qui ont été

traités avec succès par l'application locale et générale de la sulfamidothérapie. Il décrit la technique utilisée, et conclut que cette méthode peut donner des résultats intéressants, au moins dans certains cas, malgré les critiques dont elle a été l'objet.

Sur une polyradiculo-névrite (Guillain-Barré) avec syndrome endocrinologique caractérisé par l'association d'alopécie et de troubles de la sphère génitale, par M^{me} RADERMECKER.

Chez une jeune fille de 23 ans, on vit évoluer, à la suite d'une angine, une polyradiculo-névrite avec troubles végétatifs importants, alopecie totale survenue en quinze jours et dysménorrhée. Ces symptômes disparurent en quelques mois. L'auteur insiste sur la fréquence des troubles végétatifs dans cette affection, et compare son observation à certains cas décrits dans la littérature. Les ganglions sympathiques ont été rarement examinés, mais des lésions inflammatoires ont été décrites à leur niveau par certains auteurs.

Sur des alopecies récidivantes, d'extension variable, avec phénomènes endocrino-végétatifs. (Syndrome adéno-hypophysaire ?), par M. L. van BOGAERT.

Relation de la curieuse observation d'une jeune fille de 17 ans, chez laquelle on vit se développer pour la première fois, à la suite d'une amygdalectomie, une alopecie totale survenue en quelques jours. Dans la suite, on vit récidiver plusieurs fois cette alopecie, à l'occasion de traumatismes d'ordre sexuel ou de simples disputes avec l'entourage. Ce phénomène alterna ou coïncida avec des crises nerveuses sans caractère épileptique, et avec des périodes de rétention ou d'incontinence diurne et nocturne d'urines.

L'observation en clinique révéla un psychisme spécial mais permit d'écarter l'idée de la supercherie. Toutes les recherches de laboratoire se montrèrent négatives malgré des troubles morphologiques rappelant le syndrome hypophysaire. Un traitement endocrinien fut institué, qui amena une certaine amélioration. L'auteur compare son observation aux données de la littérature et montre les analogies topographiques de la chute des poils dans ces cas, avec la topographie de l'hirsutisme du syndrome génito-surrénal. Cette observation jette en outre un jour intéressant sur les rétentions urinaires et les syncopes dites « hystériques ».

Un cas mortel de polyradiculo-névrite du type Guillain-Barré,
par M. DESCAMPS.

Chez une femme de 24 ans, à la suite d'un avortement provoqué qui évolua cependant sans fièvre, on vit se développer une polyradiculo-névrite grave avec atteinte de plusieurs nerfs crâniens (VII, IX, X). Le décès se produisit après quinze jours par asphyxie consécutive à des troubles vaso-moteurs pulmonaires. L'avortement avait été pratiqué au moyen d'eau savonneuse, sans administration d'aucun produit toxique.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Sur le pronostic de l'aliénation, par Jean LÉPINE (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1943).

Après avoir rappelé l'augmentation constante, il y a trente ans, des affections mentales et la résignation trop souvent imposée à cette époque au psychiatre par l'inefficacité de moyens thérapeutiques insuffisants, le professeur Jean Lépine montre combien, sous la double influence des médications causales et des chocs thérapeutiques, s'améliore progressivement le pronostic de l'aliénation mentale. Il y a là un progrès comparable à certains de ceux qui dérivent de l'œuvre pastorienne.

Pour insuffisants que soient les premiers succès, alors que nous sommes encore incapables de les expliquer, incertains aussi de leur stabilité et incapables à prévenir les récidives, ces succès comportent des enseignements d'une importance capitale et des encouragements majeurs.

L'instantanéité du retour à la conscience, même si le trouble est profond, même parfois s'il est ancien, ce « voile qui se déchire », démontre que, dans les cas où il n'existe pas de lésions organiques considérables, le fonctionnement mental n'est ni détruit, ni définitivement adultéré : il est surtout captif et peut être libéré. Ces thérapeutiques, qui sont seulement des procédés de réveil, de libération, apportent la preuve que les psychoses sont souvent des persévérations, des habitudes, qu'une secousse peut interrompre. Aussi l'avenir est-il dans une prophylaxie prudente des évolutions pathologiques et dans la précocité de leur traitement, dans l'application aussi de sages règles d'hygiène mentale.

Ces premiers succès sont des encouragements pour le médecin et le psychologue. Ils constituent aussi, pour le législateur, des avertissements qui ne sauraient être négligés.

René CHARPENTIER.

Sur un élément de pronostic dans les affections mentales, par André BARBÉ (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 29 juin 1943).

M. André Barbé insiste sur l'intérêt de l'hippus pour le pronostic souvent si difficile, mais si important, des affections mentales. Lorsque les contractions iriennes sont normales, on peut généralement porter un pronostic favorable sur l'évolution des troubles mentaux. Lorsque les contractions persistent mais sont retardées dans leur date d'apparition ou modifiées dans leur nombre et leur ampleur, le pronostic mental doit être extrêmement réservé (de façon générale, il semble bien que, dans ces cas, même s'il survient une amélioration sensible des troubles mentaux, le malade doive conserver un déficit intellectuel plus ou moins marqué mais définitif). Lorsque les contractions ont complètement disparu, le pronostic est très grave, car il y aura probablement évolution vers un état démentiel.

Pour bien observer ces modifications, il faut avoir recours à l'ophtalmomètre, qui permet d'obtenir des renseignements exacts. On peut alors conclure de ces examens qu'une persistance régulière et normale des réactions iriennes doit faire porter un pronostic favorable, alors que l'absence de ces contractions permet, dès le début des troubles mentaux, d'envisager une évolution probable vers un état démentiel.

René CHARPENTIER.

L'onychophagie. Contribution à l'étude de la pathologie de la personne, par L. BOVET (de Céry-sur-Lausanne). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. XLIX, fascicule 1/2 et volume L, fascicule 1).

En conclusion d'une longue étude, bibliographique et clinique, M. Bovet considère l'onychophagie comme le type du symptôme « surdéterminé ». Les psychanalystes désignent, sous ce mot, des symptômes ou des phénomènes psychologiques constituant en quelque sorte la manifestation condensée et unique de motifs multiples. Après avoir étudié successivement l'hypothèse d'un facteur névritique par avitaminose, les rapports de l'onychophagie avec la dégénérescence et avec la débilité mentale, l'onychophagie traduction motrice d'un état de tension affective, et les racines psychogènes de l'onychophagie, l'auteur esquisse et commente le tableau des caractères somato-psychiques permanents de l'enfant onychophage.

L'onychophagie est une manifestation de la « pathologie de la personne », la personne étant une « unité trinitaire » indissoluble, formée par la synthèse, en chaque être humain, d'un plan physique, d'un plan psychique et d'un plan spirituel. Instabilité motrice, réaction d'échec comme dans l'angoisse, influence du milieu, terrain constitutionnel cyclothymique, rôle de l'« inconscient collectif » sont les principaux aspects sous lesquels, dans cette étude, l'auteur envisage l'onychophagie.

La thérapeutique de l'onychophagie est extrêmement décevante. M. Bovet en explique les difficultés particulières par le fait que l'onychophagie puise ses racines dans la personne tout entière, tandis que tous les moyens thérapeutiques usuels, des agents physiques à la psychanalyse, ne s'adressent « qu'à l'un ou quelques-uns seulement des plans de la personne ». Pour une thérapeutique aussi complète que possible, les moyens physiothérapiques et psychothérapiques devront se mêler et se compléter pour lutter contre les causes de l'onychophagie, lesquelles ressortissent à l'ensemble de

la personne. Considérée en fonction du comportement tout entier, l'énécho-phagie guérira dans la mesure où guériront les troubles qui l'ont provoquée et qui l'entretiennent. D'où la nécessité d'adapter la thérapeutique à la nature et à l'évolution des troubles de base.

René CHARPENTIER.

Le test de Rorschach dans le psycho-diagnostic infantile, par Marguerite LOOSLI-USTERI (*Revue suisse de psychologie et de psychologie appliquée*, fascicules 1-2, 1942).

Le test de Rorschach (interprétation d'une série de 10 taches d'encre) rend d'incalculables services au psychologue pédiatre parce qu'il lui permet de saisir rapidement la personnalité enfantine. Ceci est d'autant plus important que l'enfant est peu introspectif et souvent totalement inconscient de ses difficultés. Le test donne d'utiles indications sur les méthodes à employer dans chaque cas individuel, notamment aux fins de savoir si l'on peut se contenter de mesures pédagogiques ou s'il faut entreprendre une psychothérapie. Dans ce dernier cas, la connaissance plus approfondie de l'enfant facilite la prise de contact. Mais les données du test de Rorschach ne peuvent être interprétées correctement que si elles sont comparées aux tests d'enfants du même âge et du même sexe. Sinon, de graves erreurs sont inévitables. L'article se termine par différentes remarques sur les résultats des tests de Rorschach.

O. FOREL.

Contribution à l'histoire du test de Rorschach, par Franziska BAUMGARTNER-TRAMER (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 1, 1942).

C'est en 1899 qu'on trouve dans la littérature psychologique mention de l'utilisation des taches d'encre pour l'étude de l'imagination. Le mérite en revient aux deux Français Alfred Binet et Victor Henry (*Année psychologique*, 1898, page 144). Dans le monde des artistes, on connaissait déjà l'effet de la tache colorante sur l'imagination. Léonard de Vinci s'en était occupé, de même que Botticelli au xv^e siècle. 300 ans plus tard, un médecin allemand, Justin Kerner, démontrait, dans un article intitulé « Klexographie », que chacun a tendance à voir les images formées par les taches d'encre d'une manière correspondant à son état d'âme.

Alfred Binet connaissait probablement les expériences de Léonard de Vinci et y a puisé l'idée des tests, de même que plus tard la méthode des tests de Binet inspira les psychiatres américains : Dearborn dans son essai « Bluts of ink in experimental Psychology », Kirkpatrick et Sharp dans leurs travaux « Individual Psychology, a study psychological method ».

Guy Montrose Whipple, en 1910, dans son « Manual of Mental and Physical Tests » dit que cette méthode des taches « is commonly classed as a test of passive imagination ». Il expérimente lui-même ce test et en publie les résultats.

La même année, Theodor Rybakow à Moscou publie un « Atlas für experimentall-psychologische Untersuchung der Persönlichkeit ». Il utilise 8 tests de taches d'encre pour étudier les facultés de fantaisie et d'imagination.

C'est à la même époque que Rorschach fait ses premiers essais chez des écoliers. Il les poursuit pendant quelques années, en vient à formuler sa

méthode et à l'appliquer aux malades. Dans sa première édition, Rorschach appelle sa méthode « Das wahrnehmungsdiagnostische Experiment », puis il la désigne par le terme « Formdeutversuch » qui a subsisté.

Actuellement, cette méthode est connue sous le nom de « Rorschach », mais cela ne doit pas nous faire oublier les pionniers qui ont permis à Rorschach de formuler sa méthode.

H. BERSOT.

Suicide chez un persécuté halluciné, par DESBORDES et J. LAURENT (*Société de médecine légale de France*, séance du 9 novembre 1942).

MM. Desbordes et J. Laurent ont observé chez un sujet atteint de délire de persécution, une tentative de suicide par enfoncement de la paroi crânienne à l'aide d'un chasse-clou. Mort par méningite purulente quelques jours plus tard.

R. C.

Le problème psychologique des fugues comitiales, par P. HARTENBERG (*Société de médecine de Paris*, séance du 29 octobre 1942).

Les fugues épileptiques sont généralement considérées comme l'expression d'une activité automatique et inconsciente. Mais, fait observer M. Hartenberg, il est difficile de croire qu'un sujet circulant dans une grande ville et adaptant sa conduite au monde extérieur ne subisse pas des sensations assez fortes pour être conscientes. Il est donc probable qu'il y a dans la fugue, non pas inconscience, mais oubli, par amnésie due à l'inhibition des centres corticaux, phénomène essentiel de l'épilepsie.

R. C.

Chorée fibrillaire avec troubles mentaux d'allure korsakovienne dans la septicémie puerpérale, par J.-A. CHAVANY et Jean RAIMBAULT (*La Presse médicale*, 26 septembre 1942).

Observation, chez une primipare de 30 ans, d'un cas de septicémie puerpérale mortelle, présentant associés les deux syndromes neuro-psychiques de la chorée fibrillaire de Morvan et de la psychose polynévritique de Korsakoff. Les auteurs admettent qu'un même virus neurotrope, exalté par une déficience organique profonde due à l'infection puerpérale, a provoqué des lésions névritiques plus étendues que de coutume.

René CHARPENTIER.

Encéphalite psychosique aiguë azotémique d'origine ourlienne par G. DESBROUQS (de Tours). (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 mars 1943).

Observation d'encéphalite psychosique aiguë azotémique, survenue au 9^e jour d'oreillons d'allure banale avec orchite double. Etat infectieux sévère et confusion mentale intense. Azotémie croissante qui a atteint 6 g. 90 le jour de la mort du malade. L'examen anatomique a montré, d'une part, l'intégrité des reins ; d'autre part, des lésions diffuses d'encéphalite à la fois inflammatoire et dégénérative.

R. C.

Psychose après asphyxie, atrophie cérébrale présénile diagnostiquée par encéphalographie, par FROMENTY et LERMAN (de Touis) (*Société de médecine légale de France*, séance du 14 janvier 1943, *Annales de médecine légale*, janvier-février 1943).

MM. Fromenty et Lerman rapportent l'observation d'une femme de 49 ans qui présenta, après un premier coma dû à une intoxication accidentelle par le gaz d'éclairage, un état de dépression avec tentatives de suicide (intoxication volontaire par le gaz d'éclairage et deuxième coma d'abord, défenses ensuite, et enfin absorption de véronal et coma barbiturique). La malade ne présenta ni confusion, ni amnésie.

La tendance à la chronicité, la monotonie des symptômes, la réduction importante de l'idéation engagèrent les auteurs à pratiquer une encéphalographie qui permit de conclure à une atrophie cérébrale du type maladie de Pick, sans relation de cause à effet avec l'accident initial. Ils concluent que, tant à cause de son innocuité entre des mains exercées qu'à cause de sa grande valeur diagnostique et pronostique en psychiatrie, l'encéphalographie présente un grand intérêt en médecine légale.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

Simple remarques sur notre « temps », par la Comtesse Jean de PANGE, née BROGLIE, docteur de l'Université de Paris (*Revue philosophique*, juillet-septembre 1942-1943).

Intéressantes considérations sur la variation de la notion de temps aux différents âges de la vie d'un individu. Le temps qui, dans l'enfance, paraît très long, paraît de plus en plus court à mesure qu'on avance en âge. C'est là un facteur très important dans l'incompréhension qui existe entre les générations rapprochées. Lorsqu'on lit un livre, on ne tient pas toujours suffisamment compte de l'âge de son auteur. On a, à tout âge, l'impression d'avoir derrière soi une longue vie et la vie d'un adolescent de 15 ans lui paraît aussi longue et aussi remplie que celle d'un octogénaire. Le passé et l'avenir sont toujours proportionnés à soi-même et la notion d'un temps moyen par rapport à nous-même nous préserve sans doute d'un effroyable vertige.

La sensation de rétrécissement de l'espace, avec l'âge, est bien plus atténuée, parce que les transformations subies par notre corps (poids, taille, volume) ne modifient pas sensiblement nos rapports avec l'univers matériel qui nous entoure. Mais elle est du même ordre que celle qui nous donne tout le long de la vie l'illusion d'une accélération du temps.

Une sorte de moyenne proportionnelle à notre âge plie le temps à notre mesure. Dans l'esprit d'un vieillard millénaire, le passé ne tiendrait pas plus de place que dans l'esprit d'un enfant de dix ans. D'où l'on peut concevoir que, pour un être éternel, tel que Dieu, le temps n'existe pas. Cette sensation de l'accélération du temps à travers notre courte vie est un symptôme réel et déjà assez sensible d'un état statique que nous attribuons à la seule divinité.

René CHARPENTIER.

La méthode de l'association libre, par Mariana PULPAS (*Revista de Psihologie teoretica si aplicata*, juillet-septembre 1943).

La méthode de l'association libre a vu son domaine d'application varier avec les conceptions psychologiques en vue desquelles elle était utilisée. Mesure du processus d'idéation avec Binet, elle devint avec la psychanalyse une méthode d'exploration de l'inconscient. Freud l'utilisa pour déchiffrer les symboles des rêves ; Jung en fait une méthode de recherche des complexes ; Kent et Rosanoff l'utilisent pour doser les anomalies mentales. En justice, on l'a employée pour écarter les témoignages de mauvaise foi.

L'histoire de la méthode de l'association libre montre, à côté de cette tendance à l'appliquer à des domaines de plus en plus variés, une autre tendance, dirigée vers son objectivation. À ce point de vue, l'évolution fut progressive. Méthode casuistique avec Freud, elle tente, avec Jung, d'être objectivée par l'établissement des types de réaction, par la détermination des signes révélateurs des complexes, et surtout par l'introduction d'un terme quantitatif, celui du temps de réaction. Objectivation plus grande encore avec Kent et Rosanoff par la création d'un test et l'introduction de la statistique.

Tant au point de vue du domaine auquel s'applique la méthode, qu'au point de vue de sa possibilité d'objectivité, le problème pourrait être repris. Il faudrait établir d'abord ce que l'on découvre par l'association libre : un complexe comme l'affirment les psychanalystes, ou le degré d'harmonie intérieure, la tonalité émotive dans laquelle se déploie la vie psychique ?

Quant à la possibilité d'objectivité, le problème se pose en liaison avec ses trois termes : le stimulant (son degré de spécificité d'abord, et aussi s'il doit être pris dans la sphère des concepts rationnels ou des symboles ?), le temps de réaction, et le contenu des réactions. Ces réactions ne peuvent-elles être déterminées par d'autres facteurs que par un état morbide ? Toutes questions que pose une tentative de délimitation de ce qui est mesurable par la méthode de l'association libre.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

L'hémihyperextensibilité musculaire, par ANDRÉ-THOMAS (*La Presse médicale*, 27 février 1943).

L'hémi-hyperextensibilité musculaire peut être le seul signe d'un état organique ; elle peut prédominer au membre supérieur ou au membre inférieur. Lorsqu'elle est faible, sa valeur est d'autant plus grande qu'elle siège à droite chez un droitier, et lorsqu'elle siège à gauche chez un droitier la participation du membre inférieur renforce cette valeur. Elle doit être recherchée dans le décubitus, dans l'état de relâchement le plus complet du muscle, cela aussi bien et même davantage pour les muscles du cou et pour les muscles du tronc dont l'exploration est particulièrement délicate. C'est surtout quand elle reste isolée et ne s'accompagne d'aucun autre signe d'affection organique des centres nerveux qu'elle acquiert une réelle valeur, à la fois diagnostique et pronostique.

Symptôme banal d'un grand nombre d'affections du système nerveux

central ou périphérique, l'hémi-hyperextensibilité l'emporte souvent sur les autres symptômes par sa précocité ou par sa prédominance, permettant de dépister une affection organique en évolution ; la forme hémiplégique totale oriente l'attention vers les centres supérieurs.

N'appartenant ni à la séméiologie cérébelleuse, ni à celle des ganglions centraux, elle n'est pas réservée à une lésion de l'écorce cérébrale et figure dans la séméiologie du centre ovale, de la capsule interne, du pédoncule cérébral, de la protubérance et du bulbe. En présence de sujets dont l'un ou l'autre hémicorps est le siège de sensations anormales ou de malaises divers, la seule constatation de l'hémi-hyperextensibilité empêchera de conclure à l'absence de tout signe organique.

René CHARPENTIER.

L'hypotension intra-cranienne. Etude clinique et thérapeutique, par P. PUECH, P. PERRIN et A. KOEHLIN (*La Presse médicale*, 15 août 1942).

Syndrome mal connu, l'hypotension intra-cranienne peut être isolée et d'apparence primitive, ou associée à d'autres troubles neurologiques. Primitive, l'hypotension intracranienne apparaît, en général, brusquement, après de petits troubles neurologiques ou psychiatriques, rapidement suivis d'un coma progressif. Une trépano-ponction exploratrice est alors nécessaire pour affirmer le diagnostic. Elle est aussi le premier temps de la thérapeutique, l'injection intra-ventriculaire d'air ou de sérum physiologique rétablissant la pression intracranienne, amenant une amélioration rapide, considérable et progressive.

Dans les formes associées de l'hypotension intracranienne secondaire (post-traumatiques, ou en rapport avec une méningite cérébro-spinale, une hémorragie méningée, une hémorragie ventriculaire, une encéphalite aiguë, etc.), le diagnostic est plus difficile, le coma étant considéré comme une évolution habituelle de ces états. Il serait intéressant de rechercher si cette évolution vers le coma de nombreux syndromes neurologiques ne se réalise pas en passant par un stade d'hypotension intracranienne sur lequel les moyens d'action ne manquent pas.

Quant à la pathogénie de cette hypotension, les auteurs émettent l'hypothèse qu'il s'agit de troubles dynamiques de l'équilibre liquidien intra-cérébral, équilibre qui serait sous la dépendance de centres végétatifs diencéphaliques. Ils associent au traitement neuro-chirurgical les injections intra-veineuses de sérum hypotonique, réservant le sérum hypertonique aux cas d'hypertension reconnus.

René CHARPENTIER.

Le syndrome d'hypotension intracranienne. Contribution neuro-chirurgicale, par D. MAHOUDAU (*La Presse médicale*, 13 mars 1943).

Syndrome physio-pathologique pouvant ressortir à des causes multiples parmi lesquelles il importe de retenir la déplétion ventriculaire post-opératoire, l'hypotension intracranienne se traduit habituellement par un syndrome du III^e ventricule mais peut parfois se résumer à des crises d'épilepsie bravaix-jacksonienne. Aussi ne doit-on l'affirmer qu'après une double épreuve de contrôle : trépano-ponction du ventricule latéral mettant en

évidence l'hypotension, injection intraventriculaire de liquide ou d'air rétablissant une pression ventriculaire normale et suivie de l'atténuation ou de la cessation au moins momentanée des symptômes.

Le mécanisme des troubles est complexe. Si l'on peut supposer que dans certains cas de déplétion brusque, surtout chez l'enfant, l'hypotension ventriculaire agit par le mécanisme du « shock moléculaire cérébral », l'observation des faits montre que, chez l'adulte, il s'agit tantôt d'altération vasculaires, tantôt d'altérations tissulaires, d'œdème cérébral. Dans ce dernier cas, les progrès de l'œdème peuvent parfois amener rapidement de l'hyper-tension intracrânienne succédant à l'hypotension.

René CHARPENTIER.

Les hémorragies des pédoncules cérébraux. Etude clinique, par Jean LHERMITTE (*La Presse médicale*, 10 octobre 1942).

Les hémorragies pédonculaires sont moins exceptionnelles qu'on ne le pense généralement. Celles qui surviennent dans le pied des pédoncules ont déjà une symptomatologie bien identifiée. Il n'en est pas de même des foyers apoplectiques de la calotte à l'étude desquels M. Jean Lhermitte apporte ici une importante contribution, basée sur cinq observations personnelles. La physionomie anatomique et clinique du syndrome est d'ailleurs assez variable et M. J. Lhermitte analyse successivement les troubles oculaires, les troubles du sommeil, les illusions hallucinatoires visuelles, les troubles moteurs, les troubles de la coordination motrice, des sensibilités, des sphincters, et les troubles végétatifs que l'on peut y rencontrer. La lésion détruit relativement peu et comprime bien davantage. Et si l'ensemble apparaît divers et changeant, il est des caractères communs qui facilitent le diagnostic : hilatéralité des symptômes, brusquerie de l'attaque apoplectique, régression surprenante de manifestations de caractère apparemment très alarmant, renseignements donnés par la ponction lombaire qui peut révéler une xanthochromie avec hyperalbuminose.

René CHARPENTIER.

L'hématome sous-dural traumatique, par R. THUREL (*La Presse médicale*, 7 novembre 1942).

Le nom d'hématome sous-dural est donné au syndrome décrit naguère sous le nom de pachyméningite hémorragique interne, dénomination qui impliquait une interprétation pathogénique différente. M. R. Thurel, pour qui le point de départ de l'hématome est un épanchement de liquide céphalo-rachidien hémorragique dans l'espace sous-dural à la faveur d'une rupture de l'arachnoïde, en expose successivement la pathogénie, le diagnostic et le traitement. Il montre la nécessité d'un examen complet et systématique dans les cas où, dans le tableau clinique, prédominent les troubles psychiques à type de confusion mentale, facilement attribués à l'alcoolisme. La pratique de trous de trépan explorateurs dans tous les traumatismes crâniens de quelque importance, en découvrant la cause, amènera la guérison par drainage des épanchements liquides sous-duraux et supprimera la possibilité d'un hématome sous-dural chronique.

René CHARPENTIER.

Diabète insipide et diabète sucré après traumatisme crânien, par P. HARVIER, B. DESPLAS et P. FROMENT (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 2 février 1943).

Après un traumatisme crânien intéressant la région pariéto-occipitale droite chez un homme de 31 ans, sans aucun antécédent diabétique personnel ni familial, apparition d'un diabète sucré insulino-sensible, régressif, associé à un diabète insipide. L'existence du diabète insipide permet de conclure à la localisation infundibulaire des lésions responsables du diabète sucré traumatique.

Au point de vue médico-légal, les auteurs concluent qu'un traumatisme portant sur la région temporo-pariétale a déterminé un diabète véritable avec glycosurie importante et hyperglycémie mais dont le caractère régressif doit intervenir dans l'évaluation de l'indemnité.

René CHARPENTIER.

Diabète insipide post-traumatique. Cessation subite de la soif au cours de l'ouverture d'un kyste arachnoïdien de la région opto-chiasmatique, guérison, par Raoul KOURLSKY, Marcel DAVID, Jacques SICARD et J.-J. GALEY (*Revue neurologique*, sept.-octobre 1942).

En même temps qu'une thérapeutique, la neuro-chirurgie constitue un moyen d'investigation physiologique et réalise sur le fonctionnement des centres de véritables expériences. Lors de cette opération pour arachnoïdite optochiasmatique à la suite d'un accident d'automobile avec fracture de l'écaïlle de l'occipital, propagée à la selle turcique et diabète insipide consécutif, on constata l'existence dans la scissure de Sylvius d'un kyste arachnoïdien s'avancant vers la citerne optochiasmatique. L'incision de l'arachnoïde fit sourdre un flot de liquide et fut immédiatement suivie de la cessation de la soif, cessation spontanément accusée par l'opérée. De cette remarquable expérience spontanée, qui fut suivie de la guérison immédiate et durable (depuis trois mois) du diabète insipide, on peut donc conclure que la polyurie était sous la dépendance de la polydipsie. D'où la confirmation que, dans un grand nombre de cas de diabète insipide, c'est la polydipsie qui constitue l'élément physiopathologique prédominant, contrairement à la théorie classique pour laquelle cette maladie serait essentiellement une polyurie. Une déshydratation consécutive a montré que, chez cette malade, il existait une rétention d'eau dans l'organisme. Il n'y avait donc pas hydrophobie tissulaire. La décompression subite du kyste arachnoïdien paraît s'être exercée surtout sur les connexions hypothalamo-hypophysaires qui se trouvaient distendues entre la base du cerveau refoulée par le kyste, et l'hypophyse fixée dans sa loge.

Le caractère primitif de la soif mis en évidence dans ce cas engage à de nouvelles recherches, au sujet par exemple de la pathogénie de certains des cas décrits sous le nom de potomanie.

René CHARPENTIER.

Sur plusieurs cas d'une affection médullaire et bulbaire accompagnée de méningite à prédominance lymphocytaire et obéissant remarquablement au traitement salicylé, par Pierre BÉHAGUE (*Revue neurologique*, mai-juin 1942).

Observations choisies parmi une quarantaine de cas, lesquels, par leur similitude et leur sensibilité particulière au traitement salicylé témoignent,

selon M. Pierre Béhague, d'un même processus d'attaque de l'arbre méningo-névralique, paraissant les isoler dans le groupe des infections neurotropes. Sous une petite similitude d'aspect avec la maladie de Heine-Mélin, on observe de grandes différences. Il s'agit sans doute aussi d'une affection du neurone antérieur accompagnée de radiculite, mais dont l'agent causal est remarquablement influencé par le salicylate de soude, inefficace dans la poliomyélite. D'où l'individualité de cette variété de neurite antérieure avec réaction méningée, à laquelle, pour caractériser l'aspect protéiforme des symptômes, M. Béhague propose de donner le nom de « méningo-bulbo-neurite ».

René CHARPENTIER.

La mesure en électrodiagnostic classique, par DELHERM et MION (*Revue médicale française*, juillet 1942).

De nouvelles précisions très importantes ont été introduites en électrodiagnostic classique, grâce au diagnoflux, qui permet de suivre l'évolution quantitative de la dégénérescence par la recherche de la dissociation des seuils faradique et galvanique. Il est ainsi permis de chiffrer de façon précise les résultats de l'examen, ce qui est capital dans l'évolution de la réaction de dégénérescence étudiée avec précision.

R. C.

ANATOMIE

Ventriculométrie. I. De la capacité des ventricules cérébraux et de ses modifications, par Ferdinand MOREL et Robert DE MONTMOLLIN (*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 104, n° 1/2, 1941).

On trouvera dans ce mémoire l'indication du procédé de mesure et des résultats des mesures de la capacité des ventricules cérébraux de 56 hommes et 97 femmes. Rappelons seulement les conclusions de ce travail du Professeur Ferdinand Morel et de M. Robert de Montmollin, travail de la Clinique psychiatrique de l'Université de Genève. Les cerveaux étant fixés sans déformation, les capacités des ventricules latéraux sont établies par mesure directe. Le poids de l'hémisphère étant connu, le quotient

$$\frac{\text{capacité ventriculaire en cm}^3}{\text{poids hémisphérique en grammes}}$$

donne une valeur qui varie avec les différents états pathologiques, valeur susceptible de comparaison avec le rapport normal au même âge. On peut également comparer le quotient obtenu pour chacun des hémisphères.

Les valeurs basses se trouvent dans les processus qui compriment le ventricule sans diminuer le poids de l'hémisphère. Les valeurs hautes se trouvent dans les processus où l'augmentation du ventricule s'accompagne de la diminution du poids de l'hémisphère (certaines hydrocéphalies internes, pertes de substance, phénomènes atrophiques).

René CHARPENTIER.

Ventriculométrie. II. De la capacité des ventricules cérébraux dans différentes affections cérébrales, par Ferdinand MOREL et Robert DE MONTMOLLIN (*Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 104, n° 3, 1941).

Les auteurs classent ici les résultats de leurs mensurations de la capacité ventriculaire dans différents états psychopathiques : oligophrénies et psychopathies constitutionnelles, démence précoce, psychose hallucinatoire chronique, alcoolisme chronique, paralysie générale, processus dégénératifs (maladie d'Alzheimer, atrophie de type Pick), démence artérioscléreuse et lésions cérébrales d'origine vasculaire. La connaissance de la capacité des ventricules, surtout lorsqu'en est établi le quotient par rapport au poids de l'hémisphère correspondant, a paru aux auteurs donner des précisions sur les troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien, d'une part, sur les atrophies, les destructions parenchymateuses et les compressions d'autre part, permettre en particulier d'apprécier avec beaucoup plus d'exactitude les différents types d'atrophies. Les effets, sur la masse cérébrale et sur les ventricules, des foyers malaciques, des hématomes, des néoplasmes, peuvent être, par ces mesures, évalués avec une plus grande précision.

Il est également possible de mesurer séparément la capacité des cornes ventriculaires. En conclusion de leurs recherches, MM. Ferdinand Morel et Robert de Montmollin accordent à la connaissance exacte de la capacité ventriculaire aux différents âges de l'homme normal, une portée pratique, notamment pour la technique et pour l'interprétation ventriculographiques.

René CHARPENTIER.

Volumétries cranienne, cérébrale et ventriculaire combinées. Principes, application et comparaison avec la méthode de Reichardt, par R. DE MONTMOLLIN (*Journal suisse de médecine*, 1942, n° 38, p. 1038).

Le procédé de Reichardt consiste à peser l'encéphale tel qu'il est extrait du crâne, donc avec son liquide ventriculaire, et à comparer ce poids à la capacité cranienne. Le professeur F. Morel mesure, sur pièces fixées au formol sans déformation, la capacité ventriculaire et compare cette capacité au poids cérébral. Cette méthode, riche en enseignements, permet notamment l'étude séparée des deux hémisphères cérébraux.

Cependant, la méthode de Ferdinand Morel ne rend pas compte des modifications de volume de l'espace péri-cérébral et M. R. de Montmollin s'est proposé de combiner les deux méthodes précitées. Il détermine le volume total intradurémérien : V ; le volume compris entre la dure-mère et le cerveau proprement dit : V₁ ; la capacité ventriculaire : V₂ ; et le volume occupé par la substance cérébrale : V₃. Il établit ensuite les rapports $\frac{V_1}{V}$ « index

péri-cérébral », et $\frac{V_2}{V}$ « index ventriculaire ». L'index péri-cérébral est analogue au coefficient de Reichardt et l'index ventriculaire est comparable au quotient de F. Morel, mais dans les deux cas ce sont uniquement des volumes qui sont comparés tandis que le coefficient de Reichardt et le quotient de Morel établissent des rapports entre volume et poids.

L'« index ventriculaire » peut être considéré comme une « mesure de l'atrophie cérébrale », en particulier de la diminution de volume des élé-

ments centraux du cerveau. L'« index péri-cérébral » est fonction du volume du liquide sous-arachnoïdien : élevé alors que l'« index ventriculaire » est bas, il traduit l'hydrocéphalie externe pure. Un index péri-cérébral bas associé à un index ventriculaire élevé correspond à l'hydrocéphalie interne pure, que celle-ci soit due à une atrophie péri-ventriculaire ou à une autre cause. L'association de deux index élevés traduit les hydrocéphalies communicantes, interne et externe, qui s'accompagnent toujours d'une diminution du volume cérébral : il s'agit là d'atrophies cérébrales généralisées.

Cette méthode s'applique donc surtout aux processus cérébraux diffus ou symétriques. Le procédé de Ferdinand Morel reste la méthode de choix pour l'étude des processus localisés ou unilatéraux.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude de la ventriculométrie. Essai de recherche suivant une méthode empirique fondée sur la notion de probabilité mathématique, par A. MELLEY (*Journal suisse de médecine*, 1943, n° 17, p. 506).

Se basant sur les résultats obtenus depuis quelques années par l'utilisation de méthodes mathématiques basées sur l'empirisme. M. A. Melley estime absolument légitime d'appliquer ces méthodes à la biologie, et plus particulièrement à la médecine, en raison de la variabilité extrême des phénomènes vitaux. L'attitude de cette recherche empirique est celle du relativisme. Elle est basée sur la stricte observation de faits objectifs. Les procédés utilisés sont ceux du calcul des probabilités.

La ventriculométrie, appelée à fournir d'utiles éléments à l'étude de la pathogénie et de la symptomatologie des affections du système nerveux central, et qui touche aux modifications de volume et indirectement à la physiologie des ventricules cérébraux, « deux points sur lesquels nos connaissances sont encore excessivement rudimentaires et vagues », la ventriculométrie fournit à M. A. Melley l'occasion de cette tentative. Le nombre des hémisphères cérébraux examinés et qui furent l'objet de mesures précises suivant la méthode du professeur F. Morel s'élève à 450 : ils constituent la matière de cette étude mathématique, dont l'auteur tire un certain nombre de conclusions.

Les calculs établis, et dont on trouvera la succession dans cet article, permettent de conclure que le poids de l'hémisphère est un élément plus stable que la capacité de son ventricule, que l'hémisphère cérébral a tendance à perdre du poids à mesure que son ventricule s'agrandit, que l'hémisphère cérébral perd du poids avec l'âge et que la capacité du ventricule augmente avec l'âge.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Les cadres logiques du fait vital, par Stéphane LUPASCO (*Revue philosophique*, septembre-décembre 1940).

L'une des sources, peut-être même, ajoute M. S. Lupasco, la cause première des difficultés que rencontre la constitution d'une véritable science biologique, réside dans la diversité, dans la différenciation des événements

et des constructions de l'expérience vitale ; plus précisément, dans l'attitude de la pensée scientifique à l'égard de cette diversité et de cette différenciation.

Le corps des doctrines et des lois que l'esprit humain a réussi à induire des phénomènes biologiques demeure, jusqu'à présent, précaire et hasardeux. Devant les manifestations de ce que l'on nomme la matière vivante, l'attente, les exigences de la connaissance humaine se heurtent à des irréductibles dont le caractère nous échappe. Ces exigences doivent, en effet, satisfaire, en les imposant au fait vital, à certains cadres logiques de l'esprit, se ramassent dans les vieux concepts de causalité et de finalité et des méthodes corrélatives, mécaniste et vitaliste, qui semblent se disputer les seules possibilités cognitives, scientifiques et philosophiques, voire métaphysiques, de la pensée humaine aux prises avec les faits.

Si un nouveau déterminisme, le déterminisme statistique, si une causalité plus souple encore que celle du positivisme, une causalité toute criblée, pour ainsi dire, d'indéterminations et d'erreurs essentielles (c'est-à-dire inhérentes aux faits objectifs eux-mêmes) semblent donner aujourd'hui à la science une orientation nouvelle et plus adéquate, ce déterminisme du discontinu, cette causalité quantique ne puisent leur source que dans l'expérience microphysique. Et M. S. Lupasco s'étonne qu'un contact si intime et si riche avec les phénomènes vitaux n'ait rien suggéré de tel aux biologistes. Car il s'agit ici d'une hétérogénéité actuelle et « vécue », dans quelque homogénéité conceptuelle et d'une descente du général au particulier, de l'identité à la diversité.

Ni la causalité, ni la finalité ne peuvent mener au fait vital. Toute la question se ramène à la signification de la diversité. Comment la lier aux impératifs de la logique classique, c'est-à-dire à l'invariant, à l'identité, tout en lui conférant une valeur de premier plan. M. S. Lupasco n'y voit qu'un seul moyen : la contradiction elle-même.

Au principe de non-contradiction, qui vint paralyser tout le dynamisme de l'expérience, à la fois naturelle et spirituelle de cet observateur scrupuleux et particulièrement sagace des événements vitaux qu'était Aristote, M. S. Lupasco propose de substituer un « principe de contradiction » : toute identité, ne pouvant se suffire à elle-même, se définit et existe « relativement » à une non-identité contradictoire. Inversement, toute diversité ou toute non-identité ne peut avoir d'existence absolue, mais se définit et existe « relativement » à une identité contradictoire. On obtient ainsi une notion positive de dynamisme. Comment un dynamisme, quel qu'il fût, pourrait-il se suffire à lui-même ? Il implique une opposition, un mouvement contradictoire. Qui dit dynamisme, dit également puissance et acte, ou, plus précisément, virtualité et actualité.

Par l'instauration d'une nouvelle méthode cognitive, décidée à reconnaître, à saisir et à orienter la contradiction, on définirait chaque phénomène par rapport à son anti-phénomène, plus ou moins possible ou plus ou moins actuel, on pourrait notamment relier toute donnée de diversité, tout variant, tout irrationnel à toute donnée d'identité, à tout invariant, à tout rationnel, par un lien, par une relation, par une fonction de contradiction. Lien, relation, fonction qui, comme tels, nous livreraient le dynamisme précis du phénomène, en nous indiquant le dynamisme inverse, c'est-à-dire la limite de sa « face contradictoirement complémentaire ».

La science classique du déterminisme rigoureux, la science des microphé-

nomènes, avec son déterminisme statistique, ses relations d'indétermination et son conflit du sujet et de l'objet, et la nouvelle science biologique, s'articuleraient ainsi en un seul corps de sciences.

La notion de contradiction, avec tout ce qu'elle implique, serait, pour l'esprit scientifique, et pour le biologiste, en particulier, son plus puissant instrument de liberté et de conquête.

M. S. Lupasco se déclare d'ailleurs convaincu que la nouvelle méthode scientifique qu'il préconise, et qui reste, pour ainsi dire, au ras de l'expérience elle-même, tout en nous en livrant la structure et le fonctionnement, est « la condition *sine qua non* de l'édification d'une science biologique ».

René CHARPENTIER.

Sur les lipides et les lipoïdes dans le sérum des syphilitiques, par A. NANTA, D. VINCENT, A. BAZEX et M. ROURE (de Toulouse) (*La Presse médicale*, 11 septembre 1943).

Résultats d'une série d'examen systématiques des lipides et lipoïdes du sérum pratiqués au cours de la syphilis aux différentes périodes de la maladie. Dans la *syphilis nerveuse*, en particulier, les auteurs ont trouvé une augmentation générale des lipides (taux des lipides totaux au-dessus de 8 gr. dans 48 0/0 des cas) et du cholestérol total (taux supérieur à 2 gr. dans 48 0/0 des cas), une augmentation plus manifeste encore du cholestérol libre dont le taux moyen passe de 0 gr. 85 chez les sujets normaux à 1 gr. 39. Le cholestérol estérifié est abaissé, les acides gras totaux augmentés, le coefficient lipocytyque augmenté et le rapport $\frac{\text{cholestérol libre}}{\text{cholestérol estérifié}}$ augmenté (2,27 au lieu de 1,10 chez les sujets normaux). A noter également que les malades atteints de syphilis nerveuse ou de syphilis ancienne et présentant une sérologie positive ont un taux des divers corps étudiés nettement inférieur au taux obtenu chez les sujets à sérologie négative.

Les résultats de ces examens montrent nettement l'influence de l'infection syphilitique sur la composition lipidique et lipoïdique du sérum, et, en particulier, sur le taux du cholestérol. Dans ce retentissement profond de la syphilis sur le métabolisme des lipides, M. Nanta a déjà signalé le rôle éventuel du tissu histiocyttaire (histiocytose syphilitique).

René CHARPENTIER.

L'acide pyruvique, son intérêt en clinique, par A. PARAF (*La Presse médicale*, 2 octobre 1943).

Devant les difficultés du dosage dans l'organisme de certaines vitamines et en l'absence souvent d'un test pratique, on doit parfois y renoncer ou chercher d'autres procédés. Parmi ceux-ci, le dosage de l'acide pyruvique sanguin s'avère d'une grande importance pour le diagnostic de déficience en vitamine B₁. L'acide pyruvique joue, en effet, un rôle essentiel dans les deux phases de la dégradation des glucides, mais il n'intervient que comme intermédiaire et en présence de l'ester pyro-phosphorique de la vitamine B₁. En recueillant le sang sur oxalate de sodium + monoiodacétate de sodium (5 pour 1.000), on obtient des résultats d'une précision de ± 1 pour 100. Les sujets doivent être en état de repos musculaire prolongé.

Des hyperpyruvicémies pathologiques, d'un taux particulièrement élevé, ont pu être mises en évidence dans la maladie de famine. Le dosage de la pyruvicémie est indiqué dans tous les syndromes, dans lesquels on a fait jouer un rôle à l'avitaminose B₁ : polynévrites et en particulier polynévrite alcoolique, névralgies, ostéopathies de carence, acrodynie infantile, certains accidents cardio-vasculaires, etc. De valeur supérieure aux autres méthodes proposées pour déceler l'avitaminose, cette méthode n'a cependant pour le clinicien qu'une valeur limitée, s'ajoutant aux constatations cliniques.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

L'action de la vagotonine sur la glycémie du lapin, par D. SANTENOISE, G. VALETTE et E. STANKOFF (*Société de biologie*, séance du 12 décembre 1942).

Les deux hormones pancréatiques ont une action différente sur le taux du glucose sanguin. L'hypoglycémie produite par la vagotonine est toujours plus faible que celle obtenue par l'insuline ; elle est aussi plus durable (les différences observées ont dépassé trois heures pour un même abaissement du taux du glucose sanguin).

R. C.

Action de la vagotonine sur l'insulino-sécrétion, par D. SANTENOISE, G. VALETTE et E. STANKOFF (*Société de biologie*, séance du 9 janvier 1943).

L'administration au chien normal anesthésié de vagotonine totalement exempte d'insuline provoque une chute de glycémie ; une anastomose pancréatico-jugulaire a permis aux auteurs, à la suite de l'administration de vagotonine au transfuseur, de mettre en évidence l'existence chez le transfusé d'une décharge d'insuline.

L'abaissement de la glycémie chez des animaux vagotomisés et chez des animaux dépancréatés montre que la vagotonine intervient dans la glyco-régulation non seulement par stimulation de l'insulino-sécrétion, mais aussi par des effets propres distincts de ceux de l'insuline.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Essai sur l'hygiène mentale, par Jean DECHAUME, Paul-F. GIRARD et Claude KOHLER (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1943).

Réuni à Paris du 19 au 23 juillet 1937, le II^e Congrès international d'hygiène mentale (1), Congrès qui réunit un grand nombre d'adhérents, et auquel 40 nations furent officiellement représentées, consacra de nombreux rapports médicaux aux besoins et aux moyens de l'hygiène mentale et de la pro-

(1) *II^e Congrès international d'hygiène mentale*. Comptes rendus publiés par le Dr René CHARPENTIER, 2 vol., in-8°, 437 et 461 pages. Imprimerie A. Coueslant, Cahors, 1937.

phylaxie des troubles de l'esprit. Dans le premier de ces rapports, le Dr André Repond établit que l'hygiène mentale dispose, dès maintenant, d'un certain nombre de bases scientifiques et empiriques sûres et éprouvées.

Dans le but de montrer à son tour que l'hygiène mentale s'appuie sur des bases scientifiques et d'en indiquer les principes généraux, le professeur Jean Dechaume, après avoir rappelé quelques-unes des étapes du mouvement actuel d'hygiène mentale qui prit naissance à New-York, en 1908, sur l'initiative de M. Clifford W. Beers, étapes parmi lesquelles méritent une mention spéciale les efforts et les réalisations en France des docteurs Toulouse et Genil-Perrin, étudie successivement : les caractéristiques et les conditions de la santé mentale, inséparable, est-il besoin de l'ajouter, de la santé physique ; l'évolution mentale et les facteurs héréditaires, physiques et somatiques, psychologiques, sociaux, du comportement humain ; les moyens d'action de l'hygiène mentale sur ces divers facteurs, le rôle de l'instruction et de l'éducation et, en particulier, le problème de l'éducation sexuelle, le choix et l'exercice de la profession ; certaines indications aussi, particulières aux circonstances, au sexe, à l'âge, aux conditions sociales, aux infirmités, anomalies et maladies.

En conclusion de ce très utile exposé, M. Jean Dechaume assigne à l'hygiène mentale deux tâches : l'une consistant à prévenir les maladies mentales et les tares psychiques, l'autre ayant pour but, non seulement de conserver la santé mentale, mais de poursuivre le perfectionnement de l'individu, tendant ainsi à assurer son bonheur et à réaliser les conditions du progrès humain, par une bonne harmonie des facultés et une valorisation de la personne humaine. « Les progrès matériels de notre civilisation n'auront pas de valeur si l'esprit humain ne fait pas des progrès identiques, dans l'ordre intellectuel, mais aussi dans l'ordre moral. A ce titre, l'hygiène mentale montre que les médecins peuvent être parmi les meilleurs dans l'équipe des artisans du bonheur de l'humanité. »

René CHARPENTIER.

La genèse de l'enfance malheureuse, par J. EUZIÈRE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier (*Languedoc médical*, septembre octobre 1943).

Dans cette leçon inaugurale de l'Institut régional de psycho-pédagogie médico-sociale de Montpellier, le Doyen Euzière s'est attaché à montrer l'étendue, l'intérêt, l'urgence, la complexité du problème de l'Enfance malheureuse, de ceux qu'on appelle, suivant la préférence des auteurs, des enfants anormaux, des enfants irréguliers, des enfants déficients, des enfants inadaptés, ou même, comme cela fut proposé en envisageant le difficile problème de leur avenir, des enfants « problématiques ». A toutes ces appellations, qu'il accepte en faisant toutefois remarquer qu'elles sont, en général, insuffisantes à englober tous les cas, le Professeur Euzière préfère le terme d'Enfance malheureuse.

Il passe d'abord en revue les raisons qui peuvent rendre malheureux un enfant. Il est des enfants normalement constitués dont le mode anormal d'existence fait le malheur : privation du nécessaire, disette, taudis, mort des parents ou abandon, carence, absence, viciation de l'éducation familiale, incurie, inaptitude ou maladresse des parents, perversion criminelle par l'entourage ou par la famille elle-même.

Il est d'autres enfants malheureux parce qu'ils sont anormaux : anomalies congénitales ou acquises, anomalies physiques, intellectuelles ou morales. Le Professeur Euzière rappelle le nombre, la fréquence, l'infinie variété des infirmités, des difformités, des monstruosités, des maladies physiques qui peuvent entraver le développement normal de l'être humain, les relations étroites qui unissent le physique au moral, l'aide maternelle et morale que l'on peut apporter à ces déshérités en les dirigeant, en les orientant, en les adaptant et en leur enseignant la possibilité de suppléances fonctionnelles. Il montre l'importance de ces anomalies, plus directement en rapport avec la sphère intellectuelle, que sont les anomalies sensorielles et particulièrement les anomalies auditives ou visuelles même légères et trop souvent négligées ou méconnues.

Enfin, viennent les anomalies de l'intelligence, les enfants arriérés : idiots, imbeciles, débiles de degrés divers. Des enfants aussi, atteints de dysharmonies, instables, imaginatifs, mythomanes, fabulants, hyperémotifs inquiets, anxieux. D'autres ont des troubles du caractère. D'autres encore sont ces sujets dont la tare atteint la sensibilité morale, que Mairét et Euzière ont désignés sous le nom d'invalides moraux, et dont certains sont atteints d'atrophie morale tandis que d'autres présentent de la perversion morale ; d'autres plus redoutables encore ont de l'inversion morale, d'autres enfin, d'une déconcertante mobilité, sont atteints d'instabilité morale.

De même que leurs causes, toutes ces infirmités sont susceptibles de se combiner, de s'intriquer, de s'associer, chez le même sujet. Les interréactions de causes infectieuses, toxiques, traumatiques, météorologiques, sociales, rendront la tâche plus ardue, mais aussi plus passionnante.

Le problème le plus angoissant est assurément celui de la délinquance infantile. L'évolution qui se produit dans la conception de la justice aidera cependant à sa solution. La loi du 22 juillet 1912 a déjà permis aux magistrats de s'occuper, du côté pédagogique et social, pour les mineurs de moins de 18 ans. Les réformes actuellement à l'étude aboutiront à diminuer dans des proportions importantes la criminalité infantile et un jour viendra où l'œuvre de relèvement s'étendra à tous les auteurs de délits, qu'ils soient mineurs par l'âge ou par le développement intellectuel et moral.

René CHARPENTIER.

ASSISTANCE

Conditions générales de l'assistance et du traitement de l'enfance anormale. L'adaptation sociale des enfants irréguliers, par Jean DECHAUME et Paul-F. GIRARD (*Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1942).

L'importante étude, critique et constructive, de MM. Jean Dechaume et Paul-F. Girard, attire une fois de plus l'attention sur une question capitale, sur un problème trop longtemps négligé par les pouvoirs publics, sur l'insuffisance de mesures fractionnées dont les résultats ne peuvent être que décevants. Il s'agit là de récupérations sociales nécessaires, réalisables.

Sous le terme d'« enfants irréguliers », proposé par M. Rouvroy, sont envisagés ici « tous les individus de moins de 18 ans qui, à la suite de tares ou de déficiences physiques, mentales ou sociales, sont incapables de s'adapter correctement aux règles d'une vie sociale normale, sans le secours de

mesures particulières ». Si Itard, Seguin, Bourneville, Binet et Simon sont, hors de France, considérés et honorés à bon droit comme les initiateurs de la rééducation de l'enfance anormale, il est regrettable d'avoir à constater que c'est surtout hors de France que leurs efforts ont abouti à créer le grand mouvement nécessaire à des réalisations sociales. Cela ne veut pas dire qu'il n'existe actuellement en France, et en assez grand nombre, des organisations publiques ou privées consacrées à ces enfants. Les efforts des neuro-psychiatres français, qui n'ont cessé de demander la création des moyens nécessaires à l'éducation, à l'assistance et au traitement des enfants anormaux ou simplement retardés, ont abouti à des réalisations multiples, encore qu'insuffisantes. Mais l'absence d'un plan d'ensemble, de crédits suffisants, les lacunes du recrutement du personnel technique, la dispersion des efforts, sont à la base de ces insuffisances.

Pour apporter une solution satisfaisante à ce problème et remédier aux lacunes, des conditions sont nécessaires. Le professeur Jean Dechaume et M. P.-F. Girard mettent bien en lumière l'unité mais aussi la complexité du problème de l'enfance irrégulière, complexité des cas cliniques et des indications thérapeutiques. Ils insistent sur la nécessité, pour un indispensable diagnostic précis, de la mise en observation de l'enfant dans un centre de triage, et cela le plus tôt possible, car la précocité du traitement est l'une des conditions du succès. Attendre est exposer l'enfant aux empreintes trop souvent ineffaçables de la contamination morale, c'est laisser à l'« irrégularité » le temps de devenir chronique et irréversible.

Pour entreprendre avec fruit ce difficile travail de correction, il faut avoir sans cesse en vue les exigences de la vie sociale actuelle, associer les efforts conjugués du médecin, du psychologue, du pédagogue, ne pas sous-estimer non plus les risques d'une éducation en milieu artificiel. La cellule familiale représente l'élément naturel de l'éducation. Lorsque, comme il arrive trop souvent, le milieu familial est insuffisant ou même nocif, il faut évidemment avoir recours à des internats spéciaux mais il importe alors de réunir des groupes très limités d'enfants, de constituer autant que possible l'équivalent de la cellule familiale et d'en donner la direction à une éducatrice qui remplira les fonctions de la mère de famille.

C'est en tenant compte de ces exigences multiples que MM. J. Dechaume et P.-F. Girard terminent cette étude opportune par l'exposé constructif des éléments d'un plan d'organisation de l'assistance et du traitement de l'enfance irrégulière. Ils préconisent tout d'abord une unité de direction confiée à un organisme qui coordonnerait et dirigerait l'action des divers départements ministériels intéressés à la question. Un budget suffisant serait nécessaire et amplement compensé par des récupérations sociales d'individus, sans cela à la charge de la Société pendant leur vie entière. Il faut enfin une législation adaptée aux nouvelles méthodes de traitement. Des réalisations progressives pourraient éviter les solutions hâtives et insuffisantes ; elles laisseraient le temps de former un personnel technique, instruit et sélectionné avec soin.

Ces réalisations devront aboutir à l'institution : 1° d'un réseau de dépistage total et précoce ; 2° de centres d'observation et de triage, sous direction médicale, centres qui serviront également d'écoles de cadres pour la formation du personnel technique ; 3° de toute une gamme d'organismes et d'établissements de rééducation adaptés à la complexité du problème et destinés à préparer le retour du sujet à la vie commune ; 4° d'organismes de

décision, habilités à imposer aux familles, dans certains cas, par simple mesure administrative, les mesures nécessaires.

Puisse ce programme d'ensemble attirer toute l'attention et soulever toute la discussion qu'il mérite ! Le contraste n'est-il pas douloureux de la valeur et de l'abondance des travaux parus en France sur l'enfance anormale et de l'insuffisance des réalisations pratiques. Si, vraiment, ce n'est que la dispersion des organismes entre des administrations multiples qui s'oppose à la réadaptation de tant d'enfants récupérables, une loi serait opportune, qui permettrait de réaliser en France ce qui l'a été ailleurs, en Belgique, en Suisse, par exemple, pour ne parler que de nos voisins de langue française. J'ai vu, aux Etats-Unis, dans l'un de ces établissements spéciaux, conservé comme une relique, le matériel imaginé par notre Seguin. Parmi tant de lois qui voient le jour, en est-il beaucoup de plus grande urgence que celle qui permettrait à la France de récupérer parmi ces enfants des hommes et des femmes capables de la servir, au lieu de laisser augmenter sans cesse le nombre des « irréguliers », des inutiles, des assistés, des délinquants ?

René CHARPENTIER.

Pour une administration de la Tutelle (A propos de l'assistance à l'enfance anormale), par Pierre DOUSSINET (*Revue médicale de France*, juillet-août 1943).

Reliant le problème de l'assistance à l'enfance abandonnée, en danger moral, anormale ou délinquante, au problème plus général qu'est le devoir tutélaire de l'Etat envers tous les mineurs abandonnés et tous les anormaux incapables, mineurs ou majeurs, l'auteur expose ce que pourrait être cette « tutelle » dont il indique les attributions et les limites. Il propose que cette tutelle, dont l'autorité revient à l'Etat, soit confiée à l'administration judiciaire, qui désignerait pour cela une « magistrature nouvelle et spéciale », comprenant tribunal, conseil de Tutelle et services, siégeant au chef-lieu du département, à huis-clos et dans des locaux particuliers à usage réservé. Une juridiction de contrôle et d'appel serait prévue à l'échelon régional. Trois commissions spéciales du Conseil de Tutelle seraient chargées : l'une des questions concernant l'enfance abandonnée ou en détresse morale, une deuxième de celles concernant l'enfance délinquante, et la troisième des questions relatives à la tutelle des adultes incapables.

M. Pierre Doussinet énumère quels pourraient être pour chacune de ces catégories les organismes d'exécution et comment pourraient être obtenus le dépistage et le recours à la tutelle. Il envisage la création de centres d'accueil, d'hébergement et d'observation médico-psychologique pour enfants, sous le contrôle de l'administration pénitentiaire, ou, plus facilement, l'utilisation à moindres frais de dépôts multiples conçus dans des organisations préexistantes (assistance publique, administration pénitentiaire). L'accession de ces centres ou dépôts ne serait possible que par décision de l'autorité de tutelle. Cependant, pour l'enfance anormale, à côté de « placements d'office » effectués par l'autorité de tutelle, l'auteur prévoit des placements directs par la famille de l'enfant et un mode de « placement administratif direct ». De même pour les adultes aliénés. La levée de tutelle, que la majorité n'entraînerait pas automatiquement, ne serait prononcée que sur rapport de la commission compétente. Il serait prévu des levées de tutelle à

titre d'essai et le recours aux patronages. Un chapitre spécial du budget du Ministère de la Justice serait affecté aux dépenses entraînées par l'administration de la Tutelle.

René CHARPENTIER.

Placement, rééducation et surveillance des buveurs, par J. DUBLINEAU (Rapport à la Société de médecine légale de France, *Annales de médecine légale*, mai-juin 1943),

Après avoir posé le problème de l'alcoolisme, tel qu'il se présente actuellement en France, M. J. Dublineau étudie successivement, dans cet intéressant rapport : 1° les conditions nécessaires au traitement et à la rééducation du buveur non délinquant, présentant ou non des anomalies psychiques mais « sans maladie mentale vraie » ; 2° les mesures à appliquer aux alcooliques délinquants, dangereux, aliénés.

Pour les premiers, il demande l'institution de « Centres de rééducation », soit autonomes, soit annexes d'hôpitaux psychiatriques ou de colonies agricoles, dans lesquels les sujets pourraient être admis sur leur propre demande ou placés par l'autorité judiciaire ou administrative après avis d'une « Commission médico-judiciaire départementale ». Dans ces établissements, un traitement actif, médical et psychothérapique, ajouterait son action à celles de l'isolement et de l'abstinence. M. Dublineau y prévoit, à côté des médecins, la place d'« éducateurs qualifiés ». Il propose une durée obligatoire de séjour de six mois en cas d'auto-placement, et une durée plus longue (6 mois à 2 ans) dans le cas de placement imposé. Cette limitation préalable de la durée du séjour que le rapporteur présente comme une concession « aux légitimes exigences de l'opinion publique » paraît fort discutable. Autant une limitation du minimum de séjour est indispensable, autant il serait peu logique que le médecin fût obligé de libérer un sujet dont, quelle qu'en soit la durée, il ne considère pas la cure comme terminée. Après la cure il est, d'ailleurs, sagement prévu que le sujet restera sous la surveillance des organismes d'hygiène mentale.

Pour la seconde catégorie, alcooliques aliénés, délinquants, dangereux, les mesures qui s'imposent sont actuellement prévues, suivant les cas, par la législation sur les aliénés, ou par le Code pénal. Mais M. Dublineau fait justement remarquer que bien des problèmes se posent ici, dont la solution devrait être envisagée par des mesures d'ensemble sous l'angle de l'hygiène et de la défense sociale.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Sur le traitement de la « nervosité » infantile, par M. PÉHU (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1942).

Sous le terme de « nervosité » infantile, l'auteur englobe des symptômes, des manifestations, des états, dissemblables et variés, curables par une thérapeutique appropriée, et dont le caractère commun est de ne reposer sur aucune base organique, sur aucune lésion définie : déficiences ou altérations du caractère, des facultés motrices, des sentiments affectifs.

De ces états, que M. Péhu passe brièvement en revue, et qui sont si fréquents, il faut, après un examen médical attentif et complet, après l'étude minutieuse des antécédents héréditaires et personnels de l'enfant, du milieu aussi dans lequel il vit, établir la cause ou, souvent même, les causes intrinsèques ou extrinsèques. L'auteur en énumère les plus importantes, dont la connaissance est la condition du succès d'une thérapeutique, qui doit être à la fois médicale, psychologique, pédagogique et sociale. Une étroite collaboration entre parents, professeurs et médecins amènera le redressement de bien des erreurs et cette action sera, dans bien des cas, d'une efficacité plus grande encore que celle de la « thérapeutique médicale ». « La médication, conclut M. Péhu, doit s'appuyer fortement, primordialement, sur la connaissance approfondie de la psychologie infantine. »

Assurément, et cette connaissance approfondie de la psychologie infantine est considérée par tout psychiatre comme l'une des conditions de la thérapeutique des troubles neuro-psychiatriques de l'enfance. Et la thérapeutique psychiatrique est bien cependant une « thérapeutique médicale », utilisant toutes les ressources de la médecine.

René CHARPENTIER.

Les différents états de paresse chez l'enfant et leurs indications thérapeutiques, par Robert GALLAVARDIN, Claude KOHLER et, M^{me} Line THÉVENIN (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 octobre 1942).

« Désadaptation au milieu ambiant, par manque ou refus d'activité », la paresse revêt des aspects cliniques fort différents. Il est des paresseuses globales et des paresseuses partielles, ces dernières en général électivement scolaires. Ce n'est qu'après l'âge de 5 ans qu'on peut parler de paresse et, naturellement, en dehors de tout déficit intellectuel : il n'y a pas paresse lorsqu'on peut mettre en évidence un décalage entre l'âge mental et l'âge scolaire.

Les auteurs rangent dans quatre catégories, étiologiques et pathogéniques, les différentes « formes cliniques » de la paresse : paresse de cause organique et surtout d'origine endocrinienne, paresse à point de départ affectif, paresse en rapport avec un trouble de l'attention ou plus généralement du rendement intellectuel, paresse en rapport avec une constitution psychopathique.

Des indications thérapeutiques différentes résulteront donc du diagnostic différentiel de la paresse : médications ou cures d'ordre somatique (parmi lesquelles le repos, l'opothérapie, la régulation neuro-végétative) ; thérapeutique de l'affectivité (corrections d'erreur dans l'orientation des études, éloignements momentanés d'un milieu scolaire ou familial source de conflits affectifs, psychothérapie et plus rarement psychanalyse) ; correctifs des mécanismes intellectuels (gymnastiques motrice et mentale associées, centres d'intérêt). Certains cas, heureusement plus rares, resteront inaccessibles au traitement, telle la paresse du pervers, celle aussi du paranoïaque. En tout cas, dans la correction de la paresse, la réprimande ou la punition ne devront intervenir que tout à fait exceptionnellement. Presque toujours, l'application d'une thérapeutique bien conduite, par l'un ou plusieurs de ces moyens, fera disparaître la paresse et ses causes.

René CHARPENTIER.

Cinq ans d'insulino- et de convulsivothérapie chez 210 malades mentaux, résultats immédiats et catamnèses, par Roland CHAPUIS (d'Yverdon). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1943, vol. LI, fascicule 1/2.

Limitée aux malades schizophrènes et aux malades déprimés traités de janvier 1936 à janvier 1941, cette étude porte donc sur les résultats obtenus pendant ces cinq années et apporte de ces résultats des tableaux statistiques. Sur 210 cas, 29,5 0/0 ont obtenu une rémission totale, 26,1 0/0 une rémission sociale et 26,6 0/0 une amélioration, soit 82,2 0/0 de malades heureusement influencés par l'insuline, le cardiazol, l'électro-choc ou par un traitement combiné suivant la méthode de sommation. M. Roland Chapuis détaille ensuite les résultats d'après le diagnostic et selon la méthode thérapeutique choisie. Il note que les chances de succès diminuent avec la durée de la maladie et signale, à l'occasion du traitement, de graves catatoniques, de brusques rémissions ne durant parfois que quelques jours ou quelques semaines, mais faisant alors apparaître parfois une personnalité intacte ou presque.

La technique de l'insuline-cardiazol (Georgi et Strauss), permet d'éviter l'angoisse de la phase préparoxystique et de diminuer les doses de cardiazol. Le cardiazol, et surtout l'insuline-cardiazol, ont permis des accès en séries plus régulières que l'électro-choc et d'éviter les troubles importants de la mémoire observés dans l'électro-choc négatif (lorsque l'accès désiré n'a pas eu lieu). Aussi, M. Georgi donne-t-il actuellement la préférence à la méthode de sommation, non seulement pour le traitement des schizophrénies, mais aussi pour le traitement des dépressions endogènes. Dans ce dernier cas, à l'action habituelle du traitement s'ajoute celle d'une cure d'engraissement, si opportune dans les états de dépression.

Toutes les schizophrénies récentes réagissent très bien au traitement combiné par lequel on obtient 70 0/0 à 80 0/0 de rémissions. Dans les cas datant de plus de deux ans, alors que les autres formes de schizophrénie donnent encore 30 à 40 0/0 de rémissions, il n'en a été obtenu qu'environ 10 0/0 dans la forme catatonique. La méthode de sommation a donné de brillants résultats dans des cas où le traitement par l'insuline seule n'avait d'abord rien donné.

Les cures purement cardiazoliques doivent être rejetées, ne serait-ce que pour des raisons humanitaires. De technique aisée et d'efficacité rapide, l'électro-choc seul n'a pas les mêmes inconvénients et présente moins de dangers, mais il a paru inférieur à la méthode de sommation : le risque de récurrence serait plus grand sans l'emploi de l'insuline. La méthode de sommation donne un résultat au moins égal à celui obtenu par le cardiazol ou par l'électro-choc, et cela au moyen d'un nombre bien inférieur d'accès, tout en diminuant les dangers liés aux crises violentes (fractures, syndromes de Korsakoff, etc...).

René CHARPENTIER.

Cinq ans d'insulino- et de convulsivothérapie chez 210 malades mentaux. Résultats immédiats et catamnèses (suite et fin), par Roland CHAPUIS (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LIII, fascicule 1).

Qu'ils aient été traités par l'insuline seule ou d'après la méthode de sommation, M. Roland Chapuis a obtenu, avec les cas frais de schizophrénie (évo-

luant depuis au plus une année) 80 0/0 de rémissions, mais ces rémissions furent suivies de rechutes dans une proportion de 30 0/0. A noter cependant qu'en cas de rémission totale, il ne fut observé que 17 0/0 de récédives et que les cas dont l'évolution, avant rémission totale, n'avait pas duré plus de six mois, n'ont présenté de rechute que dans une plus faible proportion encore (8,6 0/0). Plus de la moitié des rechutes se font, en général, dans les deux ans. Les rémissions totales ont, en ce qui concerne la possibilité de rechutes, un pronostic meilleur que les rémissions sociales.

Deux cas de névrose obsessionnelle, traités après échec de la psychothérapie, ne réagirent guère au traitement. Un cas de psychose d'allaitement présenta au contraire une rémission totale. Les syndromes maniaco-mélancoliques, pour lesquels on sait l'efficacité du cardiazol et de l'électro-choc ont, avec l'insuline, des résultats moins complets, moins rapides, mais l'insuline a un pouvoir tranquilisant et permet, chez les déprimés, l'augmentation si importante du poids. Et la méthode de sommation a, sur l'électro-choc seul, l'avantage d'être moins brutale.

Sur les 210 cas traités, on note 5 accidents pour 1.000 crises, et 20 accidents pour 10.000 comas, un seul décès (à l'occasion d'une crise par électro-choc) chez un maniaque de 48 ans qui avait très bien supporté la cure jusqu'à ce moment. Les dangers auxquels exposent l'insulinothérapie et la méthode de sommation sont donc minimes si le médecin est expérimenté et le personnel tout à fait bien stylé.

L'auteur ne met pas en doute que le grand nombre de rémissions obtenu soit dû à l'insulinothérapie et à la méthode de sommation. En conclusion, tous les cas de schizophrénie doivent être soumis, aussitôt que possible, à un traitement actif. Après un an de maladie, les chances de résultat favorable ont déjà bien diminué et, même si ce résultat est obtenu, le danger de récédive a augmenté. Autant pour le pronostic immédiat que pour le pronostic lointain, le facteur *durée* joue un rôle particulièrement important.

René CHARPENTIER.

L'action « déchargeante » de la crise convulsive. A propos du psychodynamisme dans les guérisons par l'électro-choc, par Joachim FLETSCHER (Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, vol. L, fasc. 1, 1942).

L'auteur passe en revue les différentes théories émises au sujet de l'action sur le psychisme du traitement convulsivant par l'électro-choc. Il reconnaît le succès de cette méthode dans certaines affections telles que la mélancolie et la manie. Il relate longuement l'observation d'un cas de dépression réactionnelle traité par l'électro-choc.

A son avis, ce traitement agit suivant le même principe que la crise épileptique, c'est-à-dire par une action de décharge. C'est une décharge motrice d'une masse d'énergie accumulée par les impulsions malades, les auto-accusations, les obsessions suicidaires, etc. Cette décharge est, dans le cas particulier, provoquée électriquement d'une façon individuelle et inoffensive. Ce déclenchement énergétique a pour résultat un accroissement de la libido, bien perceptible après chaque application du traitement, et qui s'explique par une diminution des inhibitions antagonistes des impulsions malades.

L'auteur insiste sur l'importance de la sphère motrice dans l'agressivité,

son rôle dans l'épilepsie et la manie. Il décrit deux cas : l'un de névrose obsessionnelle, l'autre d'agoraphobie, dans lesquels le traitement par l'électro-choc a amené une diminution des impulsions agressives et qui furent rendus en même temps accessibles à la psychothérapie.

Chez certains névrosés (névrose obsessionnelle), dont les impulsions ont une forte influence pathoplastique, il y aurait certainement de nouvelles possibilités d'application du traitement convulsivant, qui favorise une psychothérapie causale.

Enfin, l'auteur cite l'importance des impulsions destructives dans l'agressivité psychique et organique, consciente et inconsciente, interne et externe. Il montre que ces impulsions sont influencées favorablement par l'action de décharge de la crise épileptique.

H. BERSOT.

Recherches sur le cours de la maladie et la parenté des schizophrènes résistant aux thérapeutiques de choc, par S. SIEGFRIED (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, volume L, fasc. 1, 1942).

L'auteur examine s'il y a une relation entre la constitution du schizophrène et le résultat du traitement ou même l'évolution spontanée de la maladie. Il étudie 90 cas (37 hommes et 53 femmes) très variés quant à l'âge, la profession, la durée de la maladie.

Chez les malades résistant aux chocs, la maladie continue sa lente évolution vers un état chronique grave. Les malades qui ont été heureusement influencés par les chocs, au contraire, restent en rémission ou font des rechutes, mais ils n'évoluent que dans une infime proportion (10 0/0 tout au plus) vers la chronicité grave.

Chez ceux qui ne sont pas influencés par les chocs, la maladie s'établit progressivement et lentement plutôt que par accès. Chez ceux où elle s'établit par accès, les rémissions entre les accès ne sont pas complètes et laissent subsister des déficits mentaux.

L'âge des malades ne semble jouer aucun rôle pour conditionner la résistance aux chocs. Quant à la constellation familiale des malades non influencés par les chocs, M. Siegfried montre, à l'aide de statistiques basées sur ses nombreuses recherches catamnétiques et familiales, qu'on y trouve davantage de cas de schizophrénie grave et tendant à la chronicité. On y trouve aussi davantage de psychopathes.

La thérapeutique par le choc ne brise pas les dispositions constitutionnelles défavorables. Les recherches de l'auteur mettent en évidence l'importance de l'élément constitutionnel quant au pronostic des thérapeutiques de choc chez les schizophrènes.

H. BERSOT.

La personnalité prépsychotique des schizophrènes résistant aux thérapeutiques de choc, par Paul RAMER (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 1, 1942).

M. P. Ramer présente d'abord un résumé des travaux publiés jusqu'à l'heure actuelle par la Clinique psychiatrique de Bâle au sujet des thérapeutiques de choc (insuline, cardiazol, électro-choc). Il cite en particulier

les conclusions de M. Bleuler : les schizophrènes qui réagissent favorablement à ces thérapeutiques sont ceux dont la personnalité est saine, c'est-à-dire sans tare héréditaire et sans manifestations prépsychotiques.

A l'aide de nombreux exemples, M. P. Ramer démontre que les schizophrènes prépsychotiques sont plus souvent des psychopathes constitutionnels schizoïdes que ceux que l'électro-choc influence heureusement. Les schizophrènes sensibles à l'électro-choc sont donc, au point de vue prépsychotique, plus sains que l'ensemble des schizophrènes.

Le succès du traitement par l'électro-choc est conditionné par les particularités constitutionnelles de la personnalité du malade. Cette thérapeutique n'est pas inoffensive et l'on ne doit pas l'appliquer coûte que coûte pour empêcher une aggravation de la psychose. Elle ne doit être utilisée que dans des cas bien appropriés, selon des indications précises.

H. BERSOT.

Les modes d'action de l'électro-choc, par Jean DELAY, NEVEU et DESHAIES (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 juin 1943).

Rapportant leur expérience de 4.000 électro-chocs obtenus sur 385 malades, MM. Jean Delay, Neveu et Deshaies distinguent deux actions essentielles : une action *thymique* s'exerçant électivement sur les états mélancoliques (93 pour 100 de succès) et maniaques (61 pour 100), une action *noétique* sur les états confusionnels et oniriques (80 pour 100).

L'action thymique, en dehors des mélancoliques et des maniaques, est manifeste chez les schizophrènes (31 pour 100), chez des déments et oligophrènes dont l'électro-choc fait disparaître l'agitation, chez certains délirants chroniques dont il modifie à tel point les réactions affectives et le comportement que leur mise en liberté devient possible. L'action noétique s'étend aux états confusionnels allant de la stupeur à l'état onirique. Du point de vue clinique et électro-encéphalographique, les auteurs assimilent cette gamme d'états crépusculaires aux états compris entre le sommeil et le rêve, dont on connaît la régulation diencephalique. Or, de nombreux faits cliniques et expérimentaux montrent également l'action du diencephale dans la régulation thymique. Ainsi, l'une et l'autre des deux actions de l'électro-choc ramènent-elles au diencephale.

R. C.

Electro-choc et diencephale, par Jean DELAY (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 juin 1943).

Analysant l'action thérapeutique de l'électro-choc sur les états thymiques et sur les états confusionnels, M. Jean Delay pense que son intervention s'exerce par l'intermédiaire des centres neuro-végétatifs du diencephale. Il a mis en évidence au cours du post-électrochoc des troubles des régulations neuro-végétatives d'origine centrale, portant sur les régulations circulatoire, respiratoire, sanguine, thermique et surtout métaboliques (hyperglycémie, hyperprotidémie, acidose, hyperchlorémie globulaire, hypercalcémie, hypokaliémie, hyperphosphorémie). L'ensemble constitue un véritable syndrome neuro-végétatif répondant à une hyperactivité paroxystique de type sympathicotonique suivie de réactions en sens inverse qui précèdent le retour à

la normale. Ce syndrome est analogue à celui qui s'observe après ventriculographie et cela apporte la preuve de son origine centrale ; il est d'ailleurs intéressant de noter que de remarquables améliorations thymiques, voire des guérisons de mélancolie anxieuse, s'observent après ventriculographie. D'autre part, certains faits cliniques et expérimentaux témoignent en faveur du rôle de la base du cerveau dans l'épilepsie de l'électro-choc et dans les amnésies consécutives.

M. Jean Delay conclut à l'action essentiellement basilaire et d'encéphalique de cette technique, action qui lui serait commune avec les autres thérapeutiques psychiatriques comatogènes et épileptogènes.

R. C.

Les accidents de l'électro-choc, par Jean DELAY, Ch. DURAND et Lionel VIDART (*La Presse médicale*, 15 mai 1943).

Les résultats favorables obtenus par cette thérapeutique, électivement holothymique, ne doivent pas faire oublier qu'il s'agit d'une thérapeutique convulsivante violente et non exempte d'accidents. Les auteurs passent successivement en revue les accidents ostéo-articulaires, les accidents respiratoires et les accidents psychiatriques. Parmi ces derniers, de beaucoup les plus importants, éliminant les modifications évolutives intimement liées à l'action même de l'électrochoc sur la psychose, ils attirent surtout l'attention sur les accidents confuso-oniriques et les amnésies. L'étude de ces amnésies, dont le pronostic est presque toujours bénin, montre la nécessité, en cas de traitement ambulatoire, d'une surveillance attentive pendant le trajet et dans l'intervalle des séances, la nécessité aussi pour le malade de l'interruption de ses occupations professionnelles pendant toute la durée du traitement.

En dépit de la rareté des contre-indications formelles, l'ignorance de l'avenir des malades traités par l'électrochoc, les cas de mort aussi qui ont été signalés, engagent à réserver cette méthode thérapeutique aux cas dans lesquels son application est vraiment nécessaire.

René CHARPENTIER.

Le traitement des apnées de l'électro-choc, par Jean DELAY, Ch. DURAND, L. VIDART et J. BOUREAU (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 2 juillet 1943).

Les apnées, quand elles se prolongent, constituent un incident impressionnant. Certains sujets y semblent prédisposés et font une apnée prolongée après chaque séance de choc. Ces apnées prolongées sont beaucoup plus fréquentes lorsque le choc engendre une absence épileptique que lorsqu'il crée une crise convulsive vraie ; cette différence s'explique pour M. Delmas-Marsalet par le fait que les convulsions entraînent une hyperproduction de CO₂. Les auteurs ont traité avec un succès constant les apnées de l'électro-choc.

Les auteurs ont traité avec un succès constant les apnées de l'électro-choc par les inhalations de CO₂ à l'état pur, excitant spécifique du centre respiratoire. En raison de l'urgence et de la brièveté du temps d'inhalation nécessaire, CO₂ est préférable au carbogène d'un pouvoir excitant bien moindre. L'inhalation après pression rythmée du thorax est suivie d'une reprise respiratoire immédiate. Grâce à ce procédé, la thérapeutique convulsivante a

pu être reprise chez des sujets dont l'apnée récidivante avait dû faire interrompre les séances d'électro-choc.

R. C.

La curarisation par le sulfate de magnésium. Action modératrice sur les convulsions provoquées par le cyclo-hexyl-ethyl-triazol, par M. MONNIER et F. WENGER (de Genève). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1943, vol. LI, fasc. 1/2.

Les complications d'ordre chirurgical des méthodes de choc et surtout des convulsions provoquées par les substances chimiques peuvent être telles que certains psychiatres ont préféré renoncer à ces méthodes, pourtant efficaces. Pour éviter ces complications, MM. Monnier et Wenger proposent une méthode destinée à abolir les effets mécaniques de la crise convulsive sans en abolir l'action sur le cerveau. Ils se sont adressés pour cela aux substances curarisantes. La mauvaise solubilité du curare et la difficulté d'en obtenir des suspensions de concentration constante leur ont fait donner la préférence au sulfate de magnésium, dont on sait l'efficacité dans le traitement symptomatique des contractures et des convulsions du tétanos.

De leurs expériences sur le cobaye, expériences poursuivies à l'Institut de physiologie de Genève, se dégagent les conclusions suivantes : L'injection préalable de $MgSO_4$ dans le péritoine du cobaye produit une curarisation qui atténue considérablement les effets convulsivants de l'injection intra-musculaire de triazol. L'examen histologique des cerveaux montre que les lésions de l'écorce cérébrale sont plus prononcées chez les animaux traités par le triazol seul ou par la combinaison de triazol et de $MgSO_4$ que chez les témoins traités seulement par le $MgSO_4$.

La curarisation préalable par le sulfate de magnésium n'abolit donc pas les effets lésionnels du triazol sur l'écorce cérébrale, « ce qu'il n'y a pas lieu de regretter, car l'intensité des lésions cytologiques paraît être en rapport avec l'efficacité thérapeutique des traitements convulsivants » (Weil, Liebert et Heilbrunn).

La curarisation préalable par le sulfate de magnésium est, pour MM. Monnier et Wenger, un des rares moyens qui permette d'éviter les complications chirurgicales de la convulsivothérapie. Les résultats des expériences pratiquées sur le cobaye encouragent à tenter cette prophylaxie. La curarisation partielle n'est pas à redouter : elle ne produit pas de lésions viscérales et peut être instantanément supprimée par l'injection intra-veineuse de gluconate de calcium.

Reué CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 février 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février aura lieu le *lundi 28 février 1944*, à 16 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 mars 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars aura lieu le *lundi 27 mars 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL aura lieu le *lundi 24 avril 1944*, à 10 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mai 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai aura lieu le *lundi 22 mai 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

Directeurs administratifs :

M. VALLAS est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon (Gironde) ;

M. LANQUETIN est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône).

MAISONS DE SANTÉ

Nécrologie

M. le D^r Louis BOUR, fondateur et directeur du Sanatorium de la Malmaison, à Rueil (Seine-et-Oise).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

La société suisse de neurologie a commémoré le X^e anniversaire de la mort de Babinski

Lors de la 52^e Assemblée de la *Société Suisse de neurologie*, à Aarau, le 5 décembre 1942, le D^r H. BRUNNSCHWEILER (de Lausanne), *Président* de la Société, a consacré son discours inaugural (1) à évoquer la mémoire de son maître, le D^r J. BABINSKI, « neurologue génial ».

Rappelant l'œuvre considérable de Babinski, à qui nous devons « principalement l'établissement de la séméiologie nerveuse, telle que nous la prenons pour base aujourd'hui, et l'art de l'examen clinique des maladies du système nerveux », M. H. Brunnschweiler ajoute que « cette base se révèle inébranlable, tout autant que, par exemple, les caractères de l'auscultation précisés par Laënnec ».

« Ce médecin, qui restera un des plus grands de tous les temps... », possédait, au suprême degré, « ce sens clinique rare parce qu'il est fait de beaucoup d'autres qualités, entre autres l'objectivité, l'impartialité, la conscience, l'observation rigoureuse qui, seule, permet la juste appréciation des signes, la prudence à l'égard des conclusions hâtives... Il était un admirable, un incomparable observateur... »

« A l'affût de tout ce qui pouvait servir à mieux connaître le système nerveux et ses maladies, il saisissait tous les moyens chimiques, physiques et mécaniques d'investigation et de thérapeutique que l'on connaissait alors ; et s'il vivait encore, il emploierait tous ceux que nous possédons

(1) Comptes rendus de la 52^e Assemblée de la Société suisse de neurologie (Aarau, 5-6 décembre 1942). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LII, fasc. 2, 1943, page 290.

aujourd'hui. Mais, il tenait et tiendrait toujours la connaissance de la séméiologie clinique pour le fondement même du diagnostic. »

« Ceux qui... ont eu le privilège de recevoir son enseignement, prennent, tout le long de leur carrière, une conscience plus claire de tout ce qu'ils lui doivent. »

Tous ceux qui, directement ou indirectement, furent les élèves de Babinski, liront avec gratitude et hommage rendu, par le distingué Président de la Société Suisse de neurologie, à celui qui a ajouté « un incomparable monument clinique... au monument anatomo-clinique qui existait avant lui et qu'avaient édifié les Cruveilhier, Chareot, Vulpian, Pierre-Marie, Déjerine ».

R. C.

Séances consacrées à la neuro-psychiatrie par la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier

Aux *Journées médico-sociales de Montpellier*, à la *Journée du 26 novembre 1943* consacrée à « l'Enfance malheureuse », il a été décidé, sur la proposition de M. le Doyen EUZIERE, de réserver chaque trimestre à la neuro-psychiatrie une séance de la *Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*.

A cette Journée du 26 novembre 1943, MM. les D^{rs} CHAURAND et BONNAFÉ (de Saint-Alban, Lozère) et M. BEAUSSIER, du Centre d'orientation professionnelle de Perpignan, présentèrent un *rapport* sur « la classification des dysharmonies infantiles et la définition des termes usuels en psychologie médico-sociale ».

Une *conférence* publique sur « la Région de Montpellier au service de l'Enfance malheureuse » fut faite par M. le D^r LAFON (de Montpellier).

La *Journée du 27 novembre 1943* fut consacrée à une réunion d'étude des médecins d'Orientalisation professionnelle de la Région de Montpellier.

Une *conférence* sur « la mimique de l'enfant » fut faite par M. le D^r FERDIÈRE (de Rodez), à l'*Institut régional de psycho-pédagogie médico-sociale*.

« Le rôle du médecin dans la famille » fut exposé par M. DELMASURE (de Marseille).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Inauguration de l'Institut régional de psycho-pédagogie médico-sociale de Montpellier

L'*Institut régional de psycho-pédagogie médico-sociale* (18, rue de l'Ancien-Courrier, Montpellier), école de cadres spécialisés de l'Union régionale des œuvres sociales de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, a été inauguré à Montpellier, le 8 novembre 1943.

La direction en a été confiée au D^r R. LAFON, chargé d'agrégation, membre du Conseil technique de l'Enfance déficiente ou en danger moral près la Commission interministérielle.

Le but de l'Institut est non seulement de former des rééducateurs, des observateurs, des psychotechniciens, des éducateurs d'orphelinats, des assistantes sociales spécialisées, mais de créer un Centre de recherches visant à une meilleure connaissance des causes de la mauvaise hygiène mentale infantile et des moyens d'améliorer les conditions matérielles et morales de la vie.

La leçon inaugurale de l'Institut dont nous rendons compte dans ce numéro des *Annales médico-psychologiques* (page 210) fut faite par M. le Doyen EUZIÈRE sur « la genèse de l'Enfance malheureuse ».

Maladies épidémiques et contagieuses en France en 1942

Du rapport présenté à l'Académie de médecine par M. L. TANON (séance du 23 novembre 1943), il résulte que la fréquence de la *méningite cérébro-spinale*, grâce vraisemblablement à l'emploi des sulfamides, est en baisse très notable partout. Stationnaire, en général, ou même en diminution, la *poliomyélite* a augmenté dans quelques départements, dont celui de Haute-Savoie. La *mélitococcie* a diminué notablement, sauf dans les départements du Midi de la France (Lot-et-Garonne, Hérault, Haute-Garonne).

A noter la recrudescence presque générale de la *fièvre typhoïde* et de la *diphthérie*.

ASSISTANCE

Lutte antituberculeuse et assistance psychiatrique

Dans une conférence (1) faite devant le Conseil départemental de la Seine, sur l'invitation de M. le Président CONSTANT, M. le Dr GRASSET, *Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille*, après avoir déclaré que des résultats meilleurs pour la lutte antituberculeuse pourraient être obtenus sans augmentation des dépenses, établit le bilan des ressources et des besoins du département, en parallèle avec les grandes lignes de « l'armement antituberculeux », tel qu'il le conçoit (dispensaires, *centres hospitaliers spécialisés*, placements thérapeutiques, placements prophylactiques, centres de réinsufflation, post-cure et réadaptation).

Pour combler un déficit de 1.200 lits par an, le Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille a donné les directives à suivre, et d'abord : « faire sortir « des sanatoriums les malades qui n'y reçoivent plus de soins utiles ; tel « est, sur ce point, mon programme, et tel doit être le vôtre. »

« Une fois prise la décision d'éliminer du sanatorium les incurables et « les chroniques, il nous reste à savoir où nous allons placer ces derniers. »

« Les disponibilités en établissements sont de deux sortes : d'une part,

(1) La doctrine actuelle en matière d'organisation de la lutte antituberculeuse. *Conférence* de M. le Docteur GRASSET, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Famille. (Supplément mensuel de « la Défense du médecin », n° 132, décembre 1943).

« les asiles psychiatriques ; d'autre part, les hospices communaux, cantonaux et départementaux.

« Les premiers sont à moitié vides, parce que l'alcoolisme a régressé dans des proportions considérables (le nombre d'internés pour alcoolisme pur a diminué de 60 0/0 depuis la guerre). S'ils ne suffisent pas, il conviendra de rechercher dans le domaine des hospices. Là, notre tâche sera moins facile. On ne peut, en effet, songer à trop éloigner le tuberculeux de sa famille ou du lieu de son domicile habituel ; or, nous trouverons très peu d'établissements vacants à l'entrée des grandes villes, et ce n'est guère qu'à la campagne que nous pourrions facilement satisfaire aux exigences de l'hospitalisation. »

« Abordons maintenant la question du placement sanatorial. Ainsi que je vous l'ai dit tout à l'heure, c'est indiscutablement du côté du renvoi des tuberculeux chroniques dans les hospices communaux — en fait, ceux de grande et très grande banlieue — qu'il faut s'orienter, afin de décongester les sanatoriums et de leur rendre toute leur efficacité. Je vous demande donc d'étudier cette question. En particulier, nous pourrions libérer facilement l'actuel asile de Perray-Vaucluse ; si vous voulez y mettre un lot important de vos tuberculeux stabilisés, il n'y a aucun inconvénient ; a priori, le Ministre est d'accord. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie en 1943

Le *prix de l'Académie* (1.000 francs) a été décerné à M. le Dr CLAUDE HURIEZ, de Lille, pour ses travaux sur « La thérapeutique par les corps sulfamidés ».

Le *prix du Prince Albert 1^{er} de Monaco* (100.000 francs) a été décerné à M. le Dr ANDRÉ-THOMAS, de Paris, pour ses travaux sur « le Cervelet ».

Le *prix Civrieux* (1.000 francs) a été attribué au travail ayant pour titre : « Travaux et recherches sur l'électro-choc » et pour auteurs MM. les Drs LAPIPE, de Paris, et RONDEPIERRE, de Neuilly-sur-Marne.

Une partie des arrérages de la *Fondation Day* a été attribuée à titre d'encouragement à M. le Dr AÏROFF, de Paris, pour son travail intitulé : « Le problème de l'alcoolisme ». Une *mention honorable* a été accordée à M. le Dr D'HEUCQUEVILLE, de Paris, pour sa « Contribution au traitement de l'alcoolisme ; traitement de l'hérédo-alcoolisme ».

Le *prix du Dr Dragovitch* (2.500 francs) a été attribué à M. le Dr BACHET, de Paris, pour son « Etude sur les troubles causés par la dénutrition dans un asile d'aliénés ».

Le *prix de Mme Dragovitch* (2.000 francs) a été attribué à l'ouvrage ayant pour titre : « Evolution des troubles de l'intelligence et du caractère à la puberté » et pour auteur Mme le Dr LECONTE-LORSIGNOL.

Le *prix Garnier* (900 francs) a été attribué pour moitié à Mme le Dr MAUD BENEZIT, en religion Franciscaïne missionnaire, Sœur Marie Notre-Dame

d'Igny, des Châtelets, pour sa « Contribution à l'étude de l'encéphalite aiguë au cours de la fièvre typhoïde ».

Le *prix Théodore Herpin*, de Genève (3.000 francs) a été décerné à M. le Dr PHILIPPE, de Paris, pour son ouvrage ayant pour titre : « Essai de démembrement de certains faits groupés sous le nom de paralysies infantiles ».

NÉCROLOGIE

Z. Glorieux (1858-1943)

Séparés de nos collègues belges, privés ainsi d'une collaboration qui nous est chère autant qu'elle nous est habituelle, nous gardons tous l'espoir de la reprendre bientôt. Hélas, les années passent et la liste s'allonge de ceux que nous ne reverrons plus. A cette liste vient encore aujourd'hui s'ajouter le nom de l'inspecteur général Z. Glorieux, décédé à Bruxelles le 13 décembre 1943 dans sa 86^e année.

Zénon Glorieux était né, en effet, le 7 septembre 1858, à Saint-Genois. Docteur en médecine de l'Université de Louvain, où il avait obtenu tous ses grades « avec la plus grande distinction », il avait été, dès 1886, lauréat du concours des Bourses de voyage et, en 1888, lauréat du concours inter-universitaire, concours où il obtint la médaille d'or. C'est lui qui créa en Belgique, en 1888, la première clinique pour les maladies nerveuses. Il était membre fondateur de la Société belge de neurologie. Nommé en 1912 Inspecteur général des établissements pour anormaux et malades mentaux du Royaume de Belgique, il représenta officiellement les neuro-psychiatres belges à de nombreuses sessions de nos Congrès.

En 1924, conjointement avec le Dr Ern. de Massary (la coutume voulant, lorsque le Congrès se tient en Belgique, qu'il y ait à la fois un président français et un président belge), le Dr Glorieux présida, à Bruxelles, la XXVIII^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Faut-il rappeler le discours très applaudi qu'il prononça à la séance d'ouverture du Congrès et dans lequel, évoquant le souvenir de son maître Charcot, il exaltait « la fleur rare d'une amitié confiante », « cultivée depuis de nombreuses années dans le cœur des médecins belges et français ». Parlant en termes émouvants des « traditions de la douce France », Z. Glorieux rappela l'hospitalité généreuse offerte lors de la première guerre mondiale par « la Belgique, exsangue et épuisée elle-même », aux malades de nos asiles du Nord et de l'Aisne. « A vous tous, ajoutait-il, la pauvre Belgique a largement ouvert ses bras décharnés ; elle a été heureuse de pouvoir partager avec vous son misérable gîte et son morceau de pain noir : Elle a fait pour Vous ce qu'elle a pu et non ce qu'elle aurait voulu ! »

Qui, les ayant entendues, pourrait avoir oublié ces touchantes paroles ! Ni les phrases suivantes, si pleines de délicatesse : « Moins malheureux furent les 700 malades mentaux belges qui, sous une pluie de feu et de mitraille, durent quitter la ville d'Ypres, le 21 novembre 1914, pour être transférés à l'asile de Vaucluse. Le 7 mai 1919, la plupart d'entre eux — car leur mortalité fut faible — purent rentrer sains et saufs au pays

« natal, emportant de leur séjour en France un souvenir plein de gratitude. »

De tels souvenirs d'épreuves supportées en commun, de tels témoignages aussi d'une commune sollicitude et d'une égale gratitude lient à jamais.

De 1890 à 1920, Z. Glorieux a publié, dans l'excellent *Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, un grand nombre d'intéressantes observations cliniques, en particulier d'affections organiques du système nerveux. Son esprit novateur, orienté vers les réformes de l'assistance psychiatrique, a fortement marqué de 1912 à 1923 son passage à l'inspection générale. Le 1^{er} août 1924, dans son allocution présidentielle du Congrès de Bruxelles, il protestait, avec toute l'autorité qui s'attachait à sa personne, à son titre, à ses fonctions, contre la désignation sous le même terme d'« aliénés », de « malades de l'esprit, dangereux pour eux-mêmes et pour la Société » et de « psychopathes paisibles et inoffensifs », déclarant qu'« aux aliénés dangereux seuls convient l'asile fermé ». « Ouvrons largement, disait-il, les portes de nos autres établissements, anciens et nouveaux, sur simple « présentation d'un certificat médical. » Si peu de temps après la guerre, il pouvait déjà engager les Congressistes à visiter de récentes et belles réalisations de l'Assistance psychiatrique belge : Institut de Beau-Vallon, établissements pour enfants anormaux.

Aussi, fort de sa grande expérience personnelle et des magnifiques résultats auxquels il avait si largement contribué, faisant confiance aux psychiatres pour agir sur la mentalité du public et de certaines administrations, et pour leur apprendre à considérer le malade mental comme un malade ordinaire, pouvait-il conclure : « Les médecins ont pour leurs malades le régime et les institutions qu'ils méritent. » Phrase pleine d'espoir, de nature à encourager les efforts de tous, au moment où va s'imposer chez nous, après les dures épreuves qui lui sont actuellement infligées, une mise au point de notre assistance psychiatrique.

Nommé le 2 octobre 1925 inspecteur général honoraire, le Dr Z. Glorieux fut promu Commandeur de l'Ordre de Léopold, témoignage légitime des éminents services rendus à son pays.

René CHARPENTIER.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 68.347. — 1944
C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : I-1944. — U.O. 4 52-1-4-44

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES MÉCONNAISSANCES SYSTÉMATIQUES

Etude sémiologique (1)

PAR

JACQUES VIÉ

Les méconnaissances systématiques, dont nous devons à M. Capgras la notion et le terme, peuvent se définir, le refus déterminé et tenace en rapport avec des certitudes délirantes, de reconnaître ou d'admettre, en dépit même de la plus forte évidence, des faits, événements ou personnes qui intéressent de très près la personnalité profonde et qui semblent avoir disparu de la mémoire du sujet. Ainsi, d'un triple point de vue — détermination par une conception délirante, limitation à un thème bien fixe, obstination irréductible à son maintien, — se justifie l'épithète très adéquat de systématiques.

Cette définition implique de plus la forte charge affective qui, de façon constante, sous-tend le phénomène. Il s'agit d'une manifestation psychologique éminemment active et durable, qui par tous ses caractères, dans les formes pures, se distingue à la fois des amnésies et des agnosies lésionnelles des neurologistes, des

(1) Travail de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche. Services des docteurs Capgras, H. Beaudouin et J. Vié, 1928-1943.

idées de négation mélancoliques, des fausses reconnaissances des affaiblis et des confus ; mais elle leur est souvent connexe, et nous devons y revenir dans un travail ultérieur.

En France, les méconnaissances systématiques ont été entrevues au XIX^e siècle par Leuret : sagace observateur il relate, dans ses *Fragments psychologiques*, 1831, l'observation typique d'une délirante de la Salpêtrière qui s'intitulait « la personne de moi-même », elle n'avait, disait-elle, plus de nom, plus d'âge, plus de parents, n'en avait jamais eu ; depuis 1827, on faisait sur elle des expériences physiques et métaphysiques. Leuret décrit ce cas au chapitre « Cohésion anormale et fixité d'idées fausses se rapportant aux organes ou à la personnalité du sujet pensant », qui contient une si riche collection de délires fantastiques et métaboliques sur base hallucinatoire.

Cotard reprend le même cas, mais dans le cadre de son *Délire des Négations*, 1882. Il le situe entre les délires des mélancoliques et les délires de persécution. Or c'est au premier groupe qu'il applique le terme de négation systématisée, il n'y comprend donc pas « la personne de moi-même ». Chez Séglas, l'étude du délire des négations dans la folie systématisée côtoie aussi la méconnaissance systématique sans s'y arrêter.

C'est M. Capgras qui a dégagé la notion de méconnaissance systématique, et l'a bien définie d'emblée par la totalité de ses caractères.

Le 9 mars 1920, sous le titre « Deux cas d'amnésie systématique », il présente à la Société clinique de médecine mentale deux malades de formule paranoïde qui rejetaient, l'une, son identité, l'autre une portion de sa vie répondant à des internements antérieurs.

En mai 1920, il apporte un troisième exemple, qui revêt la forme d'un « négativisme simulateur d'amnésie générale », reposant sur une dysmnésie confusionnelle avec altérations profondes de la personnalité.

En 1923, avec Reboul-Lachaux, il décrit l'illusion des sosies et la rattache à une « agnosie d'identification » : la malade ne cesse de méconnaître l'identité des personnes qui l'entourent, ainsi d'ailleurs que sa propre origine, pour y substituer un thème imaginaire mégalomane et fantastique. Capgras et Carrette, le 26 mai 1924, à l'occasion d'un cas d'illusion des sosies avec complexe d'Edipe, rapprochent les sosies des « pseudo-amnésies, répudiations de souvenirs, oublis plus ou moins volontaires, sentiment de jamais-vu ». Ce sont là vraisemblablement, disent Capgras et

Carrette, des phénomènes de même nature, essentiellement « affectifs », qu'ils proposent de grouper sous le nom de *méconnaissances systématiques*.

Au cours de la discussion, G. de Clérambault souligne l'intérêt du processus des méconnaissances systématiques qui, dit-il, mérite d'être isolé, dénommé et commenté. Nous pensions qu'il aurait apporté quelque jour une contribution plus ample à ce sujet si intimement lié au développement de l'automatisme mental. La publication de son *Œuvre psychiatrique* n'a apporté à cet égard aucun document inédit. La thèse de son élève Jacques Borel, 1931, limitée à l'étude des méconnaissances de la mort, débute par une définition du phénomène global qui « résulte d'un trouble de la reconnaissance en vertu duquel l'aliéné refuse d'admettre la vérité d'un point de fait ».

Halberstadt dès 1923, Capgras, Lucchini et Schiff, puis Bouvier, élève de Desruelles, apportent de nouveaux cas d'illusion des sosies, ainsi que bien plus récemment, Larrivé et Jasienski (de Lyon), Martimor, Mlle Jouannais.

Depuis lors, M. Capgras, à plusieurs reprises, a signalé le rôle des méconnaissances systématiques dans les délires de dépossession sénile 1927, dans les délires préséniles (avec Joaki et Ellenberger, 1933). Ses élèves ont étudié certains aspects du syndrome : MM. H. Beaudouin et Briau ont apporté une nouvelle série de méconnaissances de la mort ; nous-même en 1930 avons précisé les rapports de l'illusion des sosies avec les méconnaissances, Mlle Derombics a apporté dans sa thèse d'intéressants détails psychologiques. A l'occasion des idées délirantes de grossesse, nous avons avec Bobé indiqué la place qu'occupe le processus de méconnaissance dans la structure du délire hallucinatoire ; chez de vieux délirants chroniques, de vieux déments précoces, nous en avons décrit certaines modalités évolutives.

De 1925 à 1929, M. H. Claude et ses collaborateurs Lévy-Valensi, Schiff, Targowla, Lamache, Daussy, MM. Dupouy et Montassut ont à propos de cas cliniques signalé des thèmes nouveaux de méconnaissance. M. Lévy-Valensi, dans une série de leçons, en 1929, en a ébauché une conception d'ensemble.

Enfin avec M. Lhermitte, l'étude des méconnaissances s'est enrichie d'un chapitre nouveau : l'asomatognosie, l'anosognosie d'Anton-Babinski, dans lesquelles le malade se refuse à admettre la réalité d'une altération grave de sa personnalité physique, y font le lien avec les troubles cénesthésiques jadis décrits par Deny et P. Camus.

L'école italienne depuis de nombreuses années a inclu les

méconnaissances systématiques dans son délire systématisé de négation, décrit par Gianelli, 1897, dans la mélancolie, la folie systématisée hypocondriaque, la folie systématisée de persécution. Lévi-Bianchini, 1920, en a présenté une explication psychanalytique. J. Nardi, 1935, en apportait de nouvelles observations. Récemment (1938), Fattovich et Nicolaï rapportaient des cas de méconnaissance de la mort au cours de psychoses réactionnelles.

En Allemagne, les méconnaissances systématiques ne se sont pas dégagées du groupe des « confusions des personnes » : *Personenverwechslung* de Hagen, de Snell, de Kahlbaum, *Personen-erkennung* des auteurs plus récents : expressions qui, surtout la première, traduisent des erreurs sur la personne dans le sens des fausses reconnaissances. Dans un intéressant article de 1937, Werner Scheild les répartit en plusieurs catégories selon leur mécanisme psychopathologique, mais même pour ses méconnaissances délirantes, il insiste sur les caractères qui entraînent une conviction positive, plus que sur la négation du rapport entre la personne (ou le fait) et la propre personnalité du malade. Cependant H.-W. Gruhle, dans le traité de Bumke, précise par contre que *méconnaissance n'est pas confusion* : la méconnaissance n'implique pas en soi un obscurcissement de la conscience.

Les thèmes de la méconnaissance systématique

Tout délire implique une méconnaissance des conditions de la réalité dans la mesure où la certitude délirante — quel qu'en soit le mécanisme psychopathologique — impose au psychisme du malade des conceptions nouvelles. Mais on ne peut parler de méconnaissance systématique que lorsque le processus de méconnaissance s'affirme, de façon élective, par le rejet de points plus ou moins délimités. Le malade entre en contradiction formelle avec l'entourage sur ces points, et délibérément il les rejette. Cette partie purement négative constitue la méconnaissance systématique à l'état pur : elle peut se maintenir dans cet état, plus ou moins longtemps, sans donner naissance aux constructions délirantes métaboliques ou fantastiques qui, bien souvent, et parfois de façon précoce, l'éclipsent sous l'exubérance de leur superstructure. Il va sans dire que dans le recensement des thèmes de méconnaissance, c'est surtout à ces formes pures, partielles, négatives que nous allons nous adresser, quitte à en discuter plus tard le sens et la valeur.

Ces thèmes sont au premier abord assez variés, et lorsque nous

avons abordé leur étude, tout classement nous en semblait arbitraire. Toutefois, en voyant défiler les malades, nous voyions se dessiner des séries naturelles qui par l'association des thèmes, le terrain morbide sur lequel elles se développent, la nature même des problèmes qu'elles posent, nous apportaient les éléments d'une compréhension plus approfondie. Nous rangerons donc les thèmes de méconnaissance sous quatre chefs principaux.

1° MÉCONNAISSANCE DES ÉLÉMENTS SOCIAUX DE L'IDENTITÉ

La personnalité sociale comporte avant tout : le nom, l'âge, la situation conjugale et familiale, la nationalité. Ces éléments stables, ce sont les données de l'état civil, qui constituent en quelque sorte la définition de l'individu vis-à-vis de la société. Leur méconnaissance traduit une atteinte profonde.

OBS. I. — Un vieux paranoïde de 57 ans, malade depuis 22 ans, refuse de répondre à son nom de St... et affirme s'appeler Chevalier. C'était, nous apprend sa femme, le nom d'une pension où il habitait étant garçon. Il a renié son identité au début de sa maladie. De même il ne voulait plus reconnaître sa famille, il disait à sa femme que leur fils avait été conçu par un autre. Il se croyait muet. Pendant de nombreuses années, St... se crut poursuivi, traqué, guillotiné. Il était en proie à une très forte excitation anxieuse avec violences, laceration et nudisme. A Ainay, calme, concentré en lui-même, il conserve les convictions relatives à l'identité, mais celles-ci perdent de leur vigueur et il finit par laisser ses nourriciers l'appeler par son vrai patronyme.

« Chevalier » offre un type caractéristique de méconnaissance des éléments sociaux de l'identité : celle du patronyme chez l'homme, celle surtout de la paternité sont des indices de gravité que l'on rencontre assez rarement à l'état presque pur, sans construction délirante de grandeur ou de filiation.

La maladie du roi Charles VI apporte, dans l'une des phases confusionnelles qui marquent plusieurs de ses accès maniaques, un tableau très comparable. Il s'y ajoute une note pittoresque spéciale, qui traduit l'apport social dans le contenu des délires : la *méconnaissance des armoiries* se juxtapose à celle du nom, revêtant une signification de même importance, si l'on se rapporte à la place que tenait le blason aux temps de la chevalerie : il existe ainsi une *sémiologie héraldique* des troubles mentaux. *Le Religieux de Saint-Denis*, que cite Michelet (*Histoire de France*, t. V, p. 138), l'indique avec précision : « Non seulement il niait être marié et avoir engendré ses enfants, mais oublieux de lui-même

et de son titre de Roi de France, il affirmait ne pas se nommer Charles, et ne pas porter de lis ; chaque fois qu'il voyait ses armes ou celles de la Reine gravées sur des vases ou ailleurs, il les détruisait de la façon la plus indigne. S'il les apercevait gravées ou peintes sur des vitraux ou des murs, il dansait devant honteusement, les détruisait, assurant s'appeler Georges, et porter dans ses armes un lion transpercé d'une épée. »

La méconnaissance du mariage se rencontre assez souvent chez la femme. Le rejet du nom de l'époux se montre beaucoup plus facile que le rejet du patronyme ; la nouvelle identité, surajoutée par le mariage, est bien moins profondément intégrée à la personnalité et la femme la rejette dès que le délire la pousse à remonter vers la période antérieure à la psychose.

Obs. II. — République P. femme B. n'exprime que la négation du mariage ; sur tout l'ensemble d'un délire de persécution et de grandeur complexe en pleine activité, elle oppose une réticence résolue et tenace, s'accompagnant tantôt d'une attitude hostile, tantôt d'une résistance souriante mais non moins ferme. Par contre les questions relatives à l'identité amènent toujours des protestations motivées. « Je me nomme Mademoiselle République P... Je suis célibataire et sans profession. Je ne suis pas mariée. » Sur le reste, réticence totale : « Je suis discrète, je ne vous dirai rien : j'étais infirmière et les docteurs me disaient toujours de ne rien dire. »

La méconnaissance de la *nationalité* appartient en général aux sujets d'origine frontalière, de famille cosmopolite ou de tendances romanesques.

Obs. III. — Un vieil Alsacien, né à Wissembourg en 1850 et ayant opté pour la France en 1871, ancien alcoolique conservant des séquelles délirantes, rejette son état civil ; il affirme être Prussien, né dans le duché d'Oldenbourg, le 12 octobre 1803. Il demeure hautain et taciturne, et sur son délire ne donne que des renseignements très succincts.

Le plus souvent ces divers thèmes s'associent. Dans un premier cas, chez une femme d'origine italienne devenue, tardivement d'ailleurs, française par le mariage, la méconnaissance des liens familiaux et des liens conjugaux s'accompagne de *fugues* vers le pays natal, qui constituent, sur le plan moteur, *un équivalent des processus de méconnaissance*, le fait se retrouve souvent, et donne à ces derniers, d'emblée, la signification d'une échappatoire, d'une fuite vers un refuge.

OBS. IV. — Adeline G..., femme B..., née à Trieste, a vécu en Turquie jusqu'à l'âge de 35 ans. Elle s'installe alors en France et s'y marie. Au bout d'une quinzaine d'années apparaît une psychose hallucinatoire extrêmement active. Adeline s'enfuit en Italie pour échapper aux persécuteurs. Une autre fois elle est arrêtée à la gare de Lyon au moment de partir pour une nouvelle fugue. A l'asile elle fait plusieurs tentatives d'évasion. « Il faut, dit-elle, que j'aille en Italie, que je sois replacée sur un autre sol, à Trieste : ici je ne peux pas encaisser d'argent » car elle se croit riche à millions et s'insurge contre l'impossibilité d'en bénéficier en France. Adeline réeuse son mariage : ce n'a été qu'un faux mariage, elle n'est pas mariée avec M. B., devant la municipalité. Elle en donne un argument pour elle irréfutable : « Je ne peux pas être insolvable. » Elle réeuse aussi ses parents : « M. G... n'est pas mon père. Mme G... n'est pas ma mère mais une prostituée, une femme de mauvaise vie qui m'a volée, son mari est un imbécile. Ma mère, c'est Caroline D... » et l'argument de nécessité reparaît, énoncé avec une véhémence sincère : « autrement je n'ai pas de crédit, il faut laisser de quoi remplir la caisse ». L'avidité pécuniaire polarise, ou tout au moins symbolise toute l'affectivité.

Chez la malade suivante, démente précoce délirante de 29 ans, la négation de la nationalité française constitue le thème dominant, bien qu'exprimé en termes incohérents, avec la note fantaisiste, volitionnelle et romanesque propre aux délires de la démence précoce. La méconnaissance de la famille, puis celle du décès du père, l'apparition d'un délire de filiation en marquent le polymorphisme habituel.

OBS. V. — Irène D..., née en 1910 à Lille, célibataire, sans profession, de caractère peu sociable, impressionnable et soupçonneux, tombe brusquement malade le 31 janvier 1936 ; elle présente un accès délirant hallucinatoire avec idées de persécution. Le cardiazol, l'insuline n'ont pas de résultat durable.

En 1939, Irène déclare ne plus faire partie de la famille D... : elle est devenue Suisse par papiers de nationalité, elle est de la famille royale d'Angleterre, elle a eu de nombreux enfants, des androgynes qu'elle réclame au Consulat suisse. « Je ne me plaisais plus sur le sol français, et je croyais qu'il y aurait moins de divergences de caractère en allant ailleurs. » Elle écrit à l' « Ambassade de Danemark, 122, rue de Stocholm », une lettre incohérente, où elle indique : « La Suisse est proche, j'espère y avoir la paix, sans cela je demanderais la ville de Stokholm. » Dans d'autres lettres, elle invoque sa « nationalité étrangère », se dit « née en Suisse », et se plaint même que « les autres malades la regardent de travers à cause de sa nationalité suisse ». Elle est tout à fait décalée dans le temps, datant ses écrits de 1942 en 1939, de 1950 en 1942.

Le 11 mai 1941, la mère d'Irène lui annonce par lettre la mort subite de son père. « Ça ne m'intéresse pas, dit-elle. Complètement mort ? ça ne prend pas. »

Le cas d'Irène nous amène à préciser les rapports de la méconnaissance, phénomène purement négatif, avec les thèmes délirants qui s'y superposent. A la méconnaissance des éléments sociaux de l'identité répondent les délires de divorce et de filiation. Mais, nous l'avons vu, l'association des deux séries n'est pas une règle générale. La méconnaissance du mariage, celle de la famille peuvent se borner à un rejet sans superstructure imaginative ; il s'agit uniquement de non-mariage, ou de non-filiation. Chez Irène, l'incertitude propre à la démence précoce porte sur l'affabulation : Irène n'est plus française, elle ne veut plus l'être, il n'est plus possible qu'elle le soit ; mais le choix de la nationalité d'adoption demeure flou, et ne se fixe qu'en se stéréotypant, c'est-à-dire en se vidant de sa valeur affective, et pour ce qui nous concerne, en perdant son intérêt.

La conviction délirante de divorce est ici bien différente de l'idée de divorce décrite par Marchand et Usse en 1914 : il s'agissait alors de désir de divorce bien plutôt que d'une croyance au divorce, comme nous l'observons ici. Rappelons le cas d'une psychose paranoïde qui figure à un autre titre dans notre travail sur les *idées délirantes de grossesse*.

OBS. VI. — Lucie R., mariée en 1923, à 26 ans, internée en 1927. commence un délire fantastique de grandeur, de persécution, de grossesse qui en 1930 s'accompagne de méconnaissances systématiques de la famille et du mariage, avec idées de divorce et de filiation. « J'étais en train de divorcer lorsque je suis entrée à Sainte-Anne. Mon mari découchait, il couchait avec la fille de ma belle-mère et avec une de mes amies qui est éthéromane. Le divorce a été prononcé en ma faveur. » Sur ce point la conviction était totale. « Du reste, mon ex-mari avait épousé successivement 48 femmes et, après les avoir dépouillées de leur argent, s'en débarrassait en les internant dans les asiles. » Le thème de filiation reste beaucoup moins précis, moins direct, et semble secondaire. « J'ai été volée à mes parents en arrivant au monde par le Dr Sérieux. J'ai un père et une mère adoptives. Il a fallu que je fasse des démarches pour mon divorce pour savoir cela. Mon père et ma vraie mère devaient être de bonne famille, ma mère pouvait être souveraine, mais pas mon père. »

L'indépendance relative du processus négatif et de la partie constructive du délire est particulièrement curieuse chez une de

nos vieilles malades qui renie son identité, sa famille sans apporter de contre-partie positive de caractère mégalomane. L'identité délirante provient d'un thème imaginaire de mariage. Les deux processus qui, à première vue, semblent former un tout cohérent, ne correspondent en fait nullement l'un à l'autre.

OBS. VII. — Mlle Constance Du., née en 1876, célibataire, de caractère paranoïaque, a commencé vers 1922 une psychose hallucinatoire chronique en accusant d'assassinat l'un de ses parents. Elle n'est pourtant internée que dix ans plus tard. La maladie a évolué selon le type classique du délire chronique, avec des interprétations nombreuses, des intuitions révélatrices, des hallucinations épisodiques et un gros apport imaginaire. Elle se croit « suggestionnée par le Dr Toulouse », et riche à millions.

Dès l'entrée, Constance Du. proteste contre cette appellation : c'est un « faux nom », elle refuse de faire connaître son identité véritable. Mais elle n'a pas tardé à révéler le mystère : elle était mariée au baron de la Renotière, qui avait vécu sous le nom d'Henri Rousselle. Elle renie avec véhémence la famille Du. : « Je m'appelle Constance Du. comme il s'appelait Henri Rousselle : c'était le baron de la Renotière, et moi ? Veuve la Renotière, et c'est tout. » On lui demande ce qu'est sa sœur, qui la visite : « J'ai ma sœur qui n'est pas ma sœur : c'est sa mère qui m'a élevée. »

Ainsi la baronne de la Renotière renie sa famille, mais elle tient sa « grandeur » — noblesse et fortune — de son mariage imaginaire. La véritable méconnaissance systématique — celle de la famille — n'implique donc pas nécessairement le délire mégalomane de filiation.

Ceci fait saisir par ailleurs la genèse toute différente du délire des interpréteurs filiaux étudié par Sérieux et Capgras : chez des déséquilibrés raisonnables, non hallucinés, le délire résulte d'une construction progressive trouvant souvent son point de départ dans quelque particularité réelle de leur famille, grâce à des appoints pseudo-hallucinatoires ou intuitifs dont les moments féconds imposent la certitude. La répudiation de la famille en dérive comme une conséquence secondaire. Ces délires ne comportent pas de méconnaissance systématique initiale.

2° MÉCONNAISSANCE D'ÉLÉMENTS DE LA PERSONNALITÉ PSYCHIQUE

Au cours de nos recherches nous avons esquissé un groupe de méconnaissances des coordonnées temporo-spaciales. Mais dans la psychologie de nos malades, le temps ne peut être placé sur le

même plan que l'espace : on verra combien l'objectivité de l'espace en limite la méconnaissance, ou la relègue dans les phases avancées des psychoses. Le temps envisagé sous la forme vécue de la durée représente bien la trame de la vie psychique telle que l'a conçue Bergson et demeure inséparable du contenu de la pensée. Les repères du temps, les dates elles-mêmes doivent se plier aux exigences morbides, et le calendrier s'assouplit au rythme de la pensée délirante.

Une première éventualité comporte *l'arrêt de l'écoulement du temps* à partir du choc affectif majeur, qu'il s'agisse d'un malheur irréparable du début de la maladie ou de l'internement — de toute façon, de la rupture avec la vie véritable.

Obs. VIII. — Lorsque nous l'observions en 1928 avec M. Capgras, en 1930 avec M. Beaudouin, Marguerite Fr., fille de paralytique général, paranoïde internée à 31 ans en 1920, datait encore ses lettres de « l'année eourante », par exemple du « 1^{er} février de l'année courante » : le mois, le quantième étaient exacts, mais Marguerite ne pouvait admettre que depuis le début de sa maladie, le temps ait continué son cours. Elle l'évaluait en le raccourcissant de moitié pour le moins. En 1922, Marguerite pense n'être que depuis un an à l'Hôpital. Le 2 juin 1925, elle remarque : « Les jours ne sont pas de 24 heures ici. D'après votre heure, je dois être ici depuis deux ans et demi. D'après moi, il y a 8 ou 10 mois : ça ferait donc le tiers de vos heures. Le ealendrier de 1925, ajoute-t-elle, est un ealendrier complaisant pour les malades. » En 1929, elle eroit que sa « petite fille » a 5 ans et demi, alors qu'elle a 11 ans.

Lors de l'entrée, en 1920, Marguerite « a dans l'idée que son mari est mort ». Or, le mari meurt réellement en 1922. Marguerite se refuse à l'admettre, et cette méconnaissance (à laquelle elle doit de figurer dans le travail de Beaudouin et Briau, obs. XL) a persisté longtemps vivace en dépit de la cessation des visites du mari et des affirmations de la famille.

Indiquons enfin que Marguerite présentait des idées délirantes de grossesse.

Dans ce cas, remarquons-le, le rythme du temps se ralentit seulement, et la malade se refuse à enregistrer la succession numérique des années qu'elle dit seulement être plus lente que le calendrier ne l'indique. Pour d'autres sujets, il s'agit d'une suspension totale de l'écoulement du temps, une impossibilité absolue d'incorporer à la personnalité une tranche de la vie mentale. « Les années qu'on ne vit pas, on ne doit pas les compter » affirme, en un raccourci saisissant, la malade de Targowla, Lamache et

Daussy : internée de 46 à 51 ans, puis à nouveau à 64 ans, en 1925, elle affirme n'avoir que 33 ans, rejette sa première période morbide passée à la Salpêtrière, dit que l'on est en 1914 ou 1915, tout au plus, et d'ailleurs ne désire pas se livrer à ces calculs. A la méconnaissance de sa vie mentale elle joint celle de l'identité de sa famille, mais se montre bien orientée dans toute la mesure où sa propre vie mentale n'est pas en jeu.

Un dément paranoïde que nous avons observé se refusait au contraire à admettre toute la période de sa vie antérieure à l'internement, provoqué par un acte d'importance, une tentative de meurtre.

OBS. IX. — Jean de R., à 23 ans en 1912, avait tiré des coups de revolver sur une demoiselle qu'il rendait responsable des misères et des troubles de sa santé. En 1928, lorsqu'il arrive, âgé de 39 ans, à la Colonie d'Ainay-le-Château, dément incohérent et inerte, répondant à voix basse, de R. ne peut plus évoquer les circonstances de l'internement. « Il a été mis à Villejuif pour avoir du rôti à chaque repas. » A Navarre où il avait été transféré « il en a demandé, mais n'en a pas eu : ils étaient trop pauvres ». En mai 1934, il nous dit ne plus savoir son âge, ni sa date de naissance. Il connaît à peu près la date, sait avoir été à l'asile d'Evreux ; auparavant, à l'asile de Villejuif... Mais avant ? — « J'ai toujours été à l'asile de Villejuif, j'ai toujours été dans les asiles. C'est tout. » Il ne consent à donner aucun détail sur sa vie antérieure.

Le champ de préoccupations se montre d'ailleurs très limité : quelques doléances sur ses vêtements, sur sa nourriture, le souvenir d'un accident arrivé au nourricier quelques années plus tôt, et voilà tout son répertoire épuisé. De R. ignore même le nom de ce nourricier, chez qui il habite depuis 6 ans. Il demeure oisif, dépourvu de toute initiative et par moments se fixe, paraissant prêter l'oreille à quelque hallucination que d'ailleurs il nie.

Chez des sujets moins atteints, le rejet de toute la vie antérieure fait place à l'allégation d'un *changement* complet de *personnalité*, il ne s'agit pas à vrai dire d'un dédoublement de la personnalité avec alternances possibles d'une première et d'une seconde incarnation ; le malade rejette toute continuité entre la personnalité actuelle et la personnalité antérieure. Tel était le cas de la « personne de moi-même », la fameuse malade de Leuret, celui de la première malade publiée par Capgras, ou encore celui de la vieille sage-femme dont M. Claude a rapporté l'histoire dans son travail de 1925 sur les psychoses paranoïdes, et que nous avons pu observer encore en 1939. Elle niait énergiquement avoir été Mme L...

mais reconnaissait néanmoins l'avoir connue. « C'était une personne bien, disait-elle, elle était sage-femme, elle a eu beaucoup d'ennuis, ils l'ont internée, mais elle est morte en 1901. » De fait, son premier internement remontait au 6 juin 1901. « Je suis, ajoutait-elle, la fauvette du Moulin, j'ai toujours été un petit enfant malade, je n'ai jamais fait la mauvaise fille, j'aime mieux être née pauvre. » Mais lorsqu'on évoquait devant elle les anciens internes de l'hôpital où avait exercé la sage-femme, elle donnait la réplique en connaissance de cause et savait ce qu'ils étaient devenus. « La fauvette du Moulin » avait vécu dans les mêmes lieux que la sage-femme et elle en avait conservé les souvenirs...

A tout prendre, et malgré quelque différence de forme, l'histoire de la Fauvette se superpose à l'extraordinaire aventure du père Lambert, qui se croyait mort depuis la bataille d'Austerlitz où il avait été grièvement blessé. Quand on lui demandait de ses nouvelles, il répondait : « Vous me demandez comment va le père Lambert ? Mais le père Lambert n'est plus... ce que vous voyez là, ce n'est pas lui, c'est une mauvaise machine qu'ils ont faite à sa ressemblance, et qui est bien mal faite. » En parlant de lui, il ne disait jamais *moi*, mais : *eela*. Foville, qui raconte le cas dans son article *Folie* du « Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques », signale l'analgésie ainsi que les périodes d'insensibilité et d'immobilité dans lesquelles le vieux sergent restait parfois plongé pendant plusieurs jours.

L'idée de mort et de nouvelle naissance fait suite aux tableaux précédents dans la galerie des méconnaissances. Elle en marque le comble. Elle s'accompagne, dans les descriptions des auteurs allemands ou anglo-saxons, de la notion d'une catastrophe cosmique dans laquelle le monde s'effondre en même temps que le malade pour renaître ensuite de ses décombres. En fait, cette construction fantastique paraît rétrospective, et prend son point de départ dans une phase aiguë de la maladie, au cours de laquelle la conscience subissait un obscurcissement considérable ; la lacune confusionnelle ou onirique laisse après elle des méconnaissances multiples. Pour le « schizophrène » de Kogan, le début, à 18 ans, se marque par une méconnaissance des parents avec complexe d'Œdipe. Le malade se nomme « un saint qui n'a pas de mère ». Il tente de devenir spectateur impartial. Mais bientôt, la mère se remarie. C'est la catastrophe. Elle est morte pour lui, et avec elle, c'est la fin du monde, la destruction totale. Le jeune homme reste le seul survivant, ou plus exactement l'idée de résurrection apparaît, et au cours d'un voyage imaginaire vers le grand Nord, il s'identifie à Colomb découvrant un monde nouveau.

Obs. X. — Chez notre malade Isabelle C., à la suite d'un épisode infectieux rhino-pharyngé, éclate en 1931 un accès d'excitation confusionnelle avec onirisme, thèmes mystiques, apparitions célestes, qui évolue, après une phase sub-fébrile prolongée, vers une formule paranoïde. En avril 1932, Isabelle présente déjà des idées de mort et de résurrection au milieu de propos très peu suivis. « Ces messieurs disent : résurrectionner ; moi je dis : rénover ». Elle a échangé d'identité, renie son ancien nom. « Moi je m'appelle le Sanglier, mon mari s'appelle Homme agile ». Le temps a suspendu son cours, Isabelle ignore les dates et n'a qu'une orientation pragmatique, bien que depuis 1935 elle s'occupe et circule même dans l'Hôpital qu'elle n'identifie pas. « Ici, dit-elle, en 1939, c'est la maison des morts, je représente les mortalités ». Elle donne aux infirmières des noms à elle et s'est ainsi réinsérée dans un monde fantastique néoformé.

Le 12 mars 1942 elle confirme les termes du délire : « C'était vrai, c'était la fin du monde, en 1931 ; 46 avec le calendrier. On a tous été endormis plus ou moins longtemps : après une angine on ne se réveille pas. » Elle eroit encore renfermer en elle 27 personnes et avoir un nombre incalculable d'enfants.

Tous ces malades forment une chaîne continue et expriment chacun à leur manière le sentiment de la profonde altération que la maladie a infligée à leur personnalité. D'autres, plus véhéments, se cabrent devant le spectre de la psychose, et refusent d'en admettre l'existence même.

La méconnaissance des phénomènes morbides a été particulièrement étudiée chez les Sénégalais par Aubin. Elle est très répandue chez eux, au point de constituer un trait spécial de leur psychopathologie, qui ne va pas sans compliquer la tâche de l'observateur. Devant les médecins mêmes qui ont assisté aux paroxysmes moteurs, hallucinatoires ou délirants, ces indigènes, quelques jours plus tard, les renient de façon systématique : ils n'ont fait ni fugue, ni tentative de suicide, ils ne reconnaissent même plus les hallucinations qu'ils ont eux-mêmes décrites précédemment. Ils restent indifférents à la contradiction, imperméables à l'évidence.

Chez nos chroniques, lorsque les années passent et que la maladie se fait moins active, on assiste parfois à une négation systématique de thèmes anciens qui pourtant formaient l'armature centrale du délire.

Obs. XI. — Une femme de ménage, Rose Lec., commence à 40 ans, en 1929, une psychose hallucinatoire chronique. Les hallucinations auditives, cénesthésiques, visuelles, olfactives, gustatives sont d'une

activité extrême. Le délire de persécution se eorse rapidement d'idées mégalomaniaques et fantastiques. Des escrocs, des assassins se font passer pour elle et pour ses enfants, dilapident sa grosse fortune. Des voix l'accusent de manquer à ses devoirs de mère, elle voit les gens de sa maison suppliciés et tués, elle entend leurs appels dans les caves transformées en cimetière.

En avril 1932, elle dit que sa fille a été violée, plusieurs de ses nièces ont été tuées, des orgies se passent dans sa maison, les assassinats s'y multiplient, elle assiste à des scènes fantasmagoriques. La conviction est absolue.

En septembre 1938, Rose est encore très délirante, répond par moments avec véhémence à ses voix, s'exalte lorsqu'on l'interroge, ne pouvant contenir son indignation. Cependant elle se refuse à reconnaître le délire. Elle en abandonne la part invraisemblable, pour ne plus en conserver que l'armature. Elle affirme la vitalité de sa famille, à laquelle elle se raccroche. « Pourquoi aurais-je cru que mes nièces aient été assassinées ? Je les connaissais très peu. Ma fille s'est mariée, elle a eu deux enfants, de beaux bébés. J'ai encore trois beaux enfants, deux grands garçons et une belle fille, ce sont des travailleurs honnêtes ».

Elle proteste vivement, mais en répétant toujours les mêmes phrases lorsqu'on rappelle ses déclarations d'autrefois : « Je n'ai pas à croire des choses qui n'existent pas..., à mon idée cela n'existe pas... les meurtres, les atrocités d'une bande d'assassins n'existent pas puisque mes enfants vivent, si j'en ai souffert moralement et physiquement... ».

Le thème positif qui répond à la méconnaissance du délire consiste à reporter sur l'entourage le trouble que le malade ne peut admettre en lui. Cette manifestation de transitivity a fourni la matière de la curieuse pièce de Pirandello, *Chacun sa vérité* : l'accent de conviction, de sincérité totale qui anime les propos du malade est si absolu qu'il reste longtemps impossible, au milieu des interractions psychologiques, de discerner quel personnage est atteint. Nous ne saurions nous étendre sur le délire de la *folie d'autrui*. Veillet en a publié un cas en 1927, et en 1928, d'Hollander et de Greef lui ont consacré une étude d'ensemble.

Somme toute, les méconnaissances d'éléments de la vie psychique forment un groupe bien homogène, dont les présentations se différencient surtout par la diversité et par l'ampleur de la superstructure idéatoire.

3° MÉCONNAISSANCE D'ÉLÉMENTS DE L'ENTOURAGE

La méconnaissance des éléments de l'entourage sous ses divers aspects se sépare par des caractères très nets des deux séries précédentes. Celles-ci s'inséraient beaucoup plus profondément dans

la personnalité. Les éléments de l'ambiance, quel que soit leur rapport affectif au Moi, demeurent plus ou moins contingents. Et par ailleurs, leur extériorité, leur matérialité même leur confèrent une objectivité qui rend leur négation moins soutenable. Si leur méconnaissance semble d'apparition plus facile, la persistance de cette méconnaissance paraît bien difficile à légitimer. A chaque apparition de l'être ou du fait méconnu, la vue en pose à nouveau le problème, et toujours avec la même acuité. A chaque fois le malade est mis au pied du mur, et doit se forger à lui-même une nouvelle explication. Aussi, pendant plus ou moins longtemps — dans la mesure où persiste l'auto-critique — la conception délirante reste-t-elle soumise au doute, elle est supposition plus qu'affirmation. Et naturellement le passage de la supposition à l'affirmation se révèle d'autant plus malaisé que le fait se manifeste plus objectif, plus réel, plus actuel : ce point comportera des déductions pratiques.

Dernière conséquence : les modifications, les altérations de détail que les malades s'évertuent à discerner confèrent à toute l'ambiance quelque chose de factice, d'artificiel, ce qui fait dire aux malades qu'ils sont victimes de comédies, de fantasmagories que l'on monte autour d'eux.

Ces remarques se justifieront pour les quatre grandes catégories de méconnaissance de l'entourage que nous allons passer en revue : illusion des sosies, méconnaissance de la mort, méconnaissance d'événements contemporains, méconnaissance des lieux.

A) *L'illusion des sosies* que M. Lévy-Valensi a dénommée, avec raison, *syndrome de Capgras*, a été l'objet de tant de travaux, et si approfondis, que nous en rappellerons seulement les grandes lignes.

L'illusion des sosies diffère radicalement du sosie classique : pour celui-ci, la méprise est complète, on le tient sans hésiter pour le personnage qu'il remplace. Ici, l'erreur est exactement inverse : la personne n'a pas changé, mais le malade ne peut la reconnaître pour telle. Ce n'est plus son *vrai* mari, ou sa *vraie* femme, ses *vrais* parents, ses *vrais* enfants qui le visitent, mais des personnages qui prétendent leur ressembler, et le malade affirme n'en pas être dupe ! L'illusion ne consiste pas à affirmer des ressemblances entre des sujets différents, mais à rechercher des dissemblances entre des apparitions diverses d'un même individu. Il s'agit donc d'une incapacité de reconnaître, et comme l'a dit M. Capgras, d'une *agnosie d'identification*.

La conviction délirante des malades est forte, mais lorsqu'ils se trouvent en face des personnes méconnues, « ayant la même ressemblance », ils éprouvent le besoin impérieux de préciser les caractères qui différencient les sujets vrais de leurs représentants occasionnels. D'où une multiplicité de détails minutieusement collationnés qui, bien entendu, sont fonction du niveau intellectuel, des tendances affectives et de l'orientation délirante : ce sont des nuances fugaces, presque imperceptibles de la physionomie, de l'attitude, de l'humeur, du comportement : teinte des yeux, proportion des dents, du nez et du menton, des mains, élégance de la démarche, timbre de la voix, caractère plus lourd, plus instinctif, moins intelligent, ou bien plus sec et plus logique ; écriture différente, instruction plus ou moins poussée, absence d'éducation, de politesse. Parfois, pour se donner des repères plus objectifs, les malades qui se sentent transformés eux-mêmes se pèsent, mesurent leur taille, leur tour de poitrine et de hanches. Il va de soi que jamais un malade ne verra simultanément la personne et son sosie, non plus qu'il ne se trouvera en face d'un sosie de lui-même. Par contre, d'un jour à l'autre, une même personne pourra être remplacée par des sosies différents, de nombreuses personnes peuvent être substituées. « C'est un véritable défilé de sosies », dira une malade de Capgras. Et les thèmes de substitution s'érigent en véritable système d'ampleur cosmique.

L'illusion de sosie ne se borne pas aux personnes, elle s'étend aussi aux objets familiers ; et si cette illusion du sosie des objets se trouve assez souvent ébauchée dans les délires séniles et pré-séniles, où elle se relie aux idées de préjudice et de dépossession, elle occupe rarement une place aussi privilégiée que dans l'observation de délire interprétatif de préjudice récemment publiée par MM. X. Abély, Bonnafé et Raueoules. Cette veuve de 55 ans, isolée dans la vie, n'est plus attachée qu'au cadre matériel de ses souvenirs. Déprimée, elle se croit atteinte dans ses droits de propriété. Certains objets disparaissent ; d'autres sont échangés lorsqu'elle rentre après une absence de quelques jours. Les critères sur lesquels s'appuie la malade pour affirmer le changement se superposent à ceux que nous indiquions pour les sosies des personnes ; les objets retrouvés sont similaires aux anciens, mais de valeur très inférieure : des denrées de mauvaise qualité, dans des paquets aux étiquettes froissées, ne donnent que de piteux résultats culinaires ; des tableaux anciens, signés, qui étaient dans des cadres antiques, sont remplacés par de pâles copies sur mauvaises toiles, aux signatures grossièrement imitées, dans des cadres récents et moins ouvragés, etc. L'impression de vivre dans une ambiance

truquée, fictive, remplace le sentiment de douce intimité qu'éprouvait la malade dans son intérieur.

Nous venons d'observer un cas de mélancolie sénile qui unit à l'illusion du sosie des personnes celle du sosie des objets ainsi que la méconnaissance d'un événement qui a profondément affecté la malade : l'arrestation de son gendre.

Obs. XII. — Anna-Thérèse C..., veuve, vivait avec sa fille et son gendre et était âgée de 71 ans, lors de l'exode auquel elle participa. Elle n'y subit aucun bombardement. Cependant depuis lors s'installa peu à peu chez elle un état d'anxiété avec instabilité d'humeur, récriminations, quelques mouvements impulsifs au cours de colères, et aussi des idées hypocondriaques : elle se croyait devenue syphilitique.

Au cours de 1940 apparaît un sentiment d'étrangeté et de transformation de l'ambiance, Mme C... se persuade qu'on remplace, pour les voler, les objets qui lui étaient familiers, par d'autres qui ont moins de valeur. Au retour de l'exode, elle aurait constaté, dit-elle plus tard, que « tout est moins beau, tout est imité ». Elle donne des détails concrets. « Elle le voit bien aux rideaux puisque c'est elle qui les lave. A la pendule, on ne voyait pas le balancier, on le voit maintenant. Dans le buffet là où l'on pouvait mettre trois verres on n'en peut plus mettre que deux, etc... ». En 1941 gros incident : le gendre, jusque là de réputation très honorable, subit une condamnation, il est emprisonné. Mme C... présente un accès de dépression mélancolique avec désir de la mort, qui provoque l'internement.

Elle nie de façon formelle l'arrestation de son gendre. Elle est absolument convaincue qu'il y a eu substitution de personne. « Pour d'autres choses je doute ». Ainsi elle se demande si son mariage a été réellement béni. Mais sur le point particulier la certitude est totale. « Moi je le vois bien » affirme-t-elle. Elle préfère admettre un roman d'adultère « soi-disant qu'il est condamné, mais il n'est pas condamné, il a dit cela pour quitter ma fille, il en a profité ». Elle s'en est bien aperçu « le jour qu'il est venu annoncer qu'il était condamné : ce n'était pas lui, c'était l'autre ». Elle désapprouve sa fille qui lui envoie des colis : « Elle ne comprend pas que c'est un étranger. » Et il lui écrit des lettres d'amour, comme si c'était son mari, il parle des enfants comme si c'étaient les siens ; mais le vrai gendre n'avait pas la même instruction que le deuxième, et d'ailleurs ce n'est plus la même écriture.

Mme C... est une artério-scléreuse légèrement hypertendue, avec clangor aortique et troubles vaso-moteurs ; elle a de petits signes de brightisme, du myosis, une légère albuminurie.

L'illusion du sosie du gendre ne se manifeste pas sous la forme habituelle : Mme C. n'a revu qu'une seule fois son gendre « transformé », et rien ne prouve que l'illusion n'a pas été, pour cette

seule apparition, une extension rétrospective. En fait, c'est un *so-sie du souvenir* qui se réveille à l'occasion des lettres qu'il écrit. Aucun élément de rectification ne peut donc être fourni par des sensations nouvelles. Et par ailleurs le « schéma du gendre » a été profondément altéré par l'infamie morale de la condamnation.

B) *Méconnaissance de la mort*. Phénomène assez banal, elle se retrouve dans des tableaux psychologiques et des circonstances très différentes qui en modifient de beaucoup la valeur. Sous le coup de l'affliction brutale, des êtres normaux ne peuvent se résigner au malheur qui les frappe, mais leur sursaut de révolte se plie bientôt à la brutalité implacable du fait. Chez les psychopathes les méconnaissances de la mort apportent un matériel privilégié pour étudier les conditions affectives et intellectuelles de l'acquisition de la certitude. Mais au point de vue descriptif, il faut distinguer tout d'abord avec Jacques Borcl la négation de la mort, et la négation de l'identité du défunt. Il faut surtout, avec H. Baudouin et Briau, distinguer : les cas de négation immédiate, le malade ayant assisté au décès, les négations rétrospectives d'un décès primitivement admis, enfin le refus d'admettre un décès dont on fait part au malade au cours de la psychose. Du névropathe qui fait « une sorte de psychose réactionnelle en face de l'événement douloureux » (Nardi), du dément précoce qui reste inerte à côté du corps refroidi de sa mère, du dément vésanique qui continue à apporter des aliments au cadavre, jusqu'au délirant chronique interné qui se cabre devant l'annonce plus ou moins précise du décès, faite par un parent au parloir ou par le médecin dans son cabinet, se déroule toute une gamme de présentations très diverses. Les cas qui accumulent les éléments de matérialité sont souvent les moins caractéristiques de « méconnaissance systématique » type, ils comportent une atteinte psychique profonde, et la méconnaissance du décès se trouve alors vraiment difficile à établir.

Reprenons comme exemple une méconnaissance du décès du mari qui se poursuit depuis trois ans chez une hallucinée chronique restée en liberté, s'est développée dans des conditions de vie aussi normales que possible et possède ainsi toute sa valeur de certitude délirante.

OBS. XIII. — Mme Clémence N.G., veuve depuis trois ans, habite un village de province jusqu'au jour où personne ne voulant plus s'occuper d'elle, sa fille doit la faire hospitaliser. Elle a 66 ans. « Depuis une huitaine d'années, nous dit-elle, des appareils de T.S.F. étaient

branchés sur la maison. Depuis deux ans, nous avons les disques : pas de répit, c'est à maudire la science, c'est à s'en taper la tête contre les murs ; et tout le temps aussi, c'est l'électricité dans les yeux ».

Qu'est donc devenu le mari de Clémence ? Pourquoi vit-elle seule ? « Depuis trois ans on n'est plus ensemble : il est dans le village, mais je ne le rencontre jamais. Je le vois par la fenêtre, à pied ou en voiture. Il conduit sa voiture tout seul, il est peut-être chez un de ses enfants à mon avis. » Clémence ne veut pas s'étonner de cette conduite, et l'explique : « Il ne pouvait plus supporter ces disques et tout cela, c'est insupportable, je le comprends un peu ». Elle proteste lorsqu'on le dit mort depuis trois ans, et revendique presque pour lui la liberté de vivre à sa guise : « Quand on est mari et femme en France on se sépare ou on mène la vie commune ».

A la méconnaissance des décès s'ajoute celle *des naissances* chez Louis d'Orléans, fils du Régent, dont M. Lévy-Valensi a retracé les singulières « manies » : « Les notaires royaux qui assistaient aux naissances des princes du sang étaient particulièrement nécessaires lorsqu'on accouchait la duchesse de Chartres, car le grand-père, en vertu de ses idées, aurait déshérité ses petits-fils. » De même, il n'accepta la mort de sa sœur qu'après avoir longtemps palpé et retourné le cadavre. Il continuait à se rendre chez son secrétaire décédé, l'abbé d'Hauteville, à faire payer sa pension à son ancienne maîtresse morte, Mme d'Alincourt, niait la mort de Henri IV, de Louis XIV et de Philippe V, roi d'Espagne. Il méconnaissait aussi la possibilité de sa propre mort, et malgré sa piété, refusa l'absolution à une heure qui devait être sa dernière. Attitude qui, notons-le en passant, semble absolument différente de l'idée d'immortalité du syndrome de Cotard mélancolique.

Un dernier aspect de la méconnaissance de l'entourage consiste à méconnaître *l'absence* d'êtres familiers. Les malades continuent à se conduire comme si rien n'était changé ! Une mélancolique observée par M. Chanès à la Colonie de Dun mettait tous les jours, dans sa petite chambre, le couvert pour trois personnes et s'asseyant seule à table servait ses partenaires absentes, leur parlait, s'inquiétait de ne pas les voir vider leurs verres, finalement elle buvait les rations qu'elle leur avait servies. Tout se passait comme si les chers absents avaient partagé le repas, et la malade se refusait à convenir de leur absence.

Une de nos vieilles délirantes affaiblies de Moisselles (cf. thèse de Villemetz, obs. XVI, page 172) s'était longtemps dévouée aux petits arriérés qu'il y avait eu, pendant plusieurs années, dans cet hôpital, lorsque leur service fut supprimé la pauvre fille en fut très affectée. Elle continua de façon stéréotypée à confectionner,

pendant des journées entières, des pièces de lingerie, d'ailleurs inutilisables, brassières minuscules, petits pantalons en forme d'entonnoir, sans trous pour les jambes. Elle les accumulait dans des cartons, étiquetait aux noms familiers qu'elle donnait à ses petits protégés, et répondait aux questions que ces enfants étaient « toujours là », qu'elle le leur ferait remettre. Elle ne pouvait plus renoncer à cette tâche à laquelle se rattachaient les lueurs de son affectivité rénovée.

C) *Méconnaissance d'événements contemporains.* Prenons comme type de description l'une des plus frappantes, la méconnaissance de la guerre, d'une part chez des militaires, d'autre part chez des malades d'asile dont les visiteurs habituels sont mobilisés.

La première éventualité a frappé les observateurs pendant la guerre de 1914-18. Gilbert Ballet 1915, Demay et Renaux 1919 en présentèrent deux cas superposables. Ce sont des délirants interprétatifs d'une quarantaine d'années qui, mobilisés, ne peuvent admettre la réalité des manœuvres ou des opérations auxquelles ils prennent part. Tout leur paraît artificiel. « C'est une guerre bizarre, dit l'artilleur de G. Ballet, la nature des opérations porte plutôt au doute. Il y a quelque chose qui se sent, mais qui ne peut s'exprimer. Ce n'est pas la même chose quand on fait un dessin de chie ou d'après nature ». Il a vu des prisonniers, il a cru que c'était une plaisanterie, que cela se faisait pour du cinéma.

Le fantassin de Demay et Renaux est encore plus affirmatif : il a été au feu, mais n'en a pas moins cru « à une fantasmagorie. Ce n'est pas une guerre réelle, mais une guerre d'expérience ». Un soldat à côté de lui a été blessé, c'est qu'il s'est blessé lui-même en lançant une grenade. Des maisons détruites ? « C'est une coutume de payer chaque année certaines communes pour des tirs réels sur leur territoire. » Ces gens ont réponse à tout. Leur conviction est inébranlable. Ils s'en tiennent, de plus, à la méconnaissance sans élaborer de superstructure délirante.

Nous-même avons connu un ancien adjudant qui, retraité en 1912, s'était refusé en 1914 à admettre la réalité de la guerre et à rejoindre son poste.

Obs. XIV. — Syphilitique depuis 1909, atteint de délire de persécution, Ernest D... fut lui aussi l'objet d'un non-lieu et interné. Le délire n'avait plus laissé que des bribes, sur un fond d'affaiblissement global, mais léger, qu'aggravaient de fréquents excès de boisson. En 1917, il ne croyait toujours pas à la guerre. En 1919 il normalise : « Des généraux, des colonels étaient malades comme moi... Bien des gens, comme

moi, n'avaient pas cru à la guerre, je ne l'ai pas vue... (mais seulement) cette mobilisation, de côté et d'autre ». Dans la suite D... a dû se rendre à l'évidence. « J'ai vu, de mes yeux vu, dans Paris, des bouleversements épouvantables, des maisons de commerce qui tombaient, j'ai vu mes chefs... j'étais bien obligé de m'incliner ». En décembre 1936, il raconte les faits sans invoquer sa méconnaissance de la guerre : « Je n'ai pas rejoint mon corps le premier jour, parce que je n'ai pas été touché par ma convocation ».

La longue durée de l'observation a permis dans ce dernier cas de connaître l'évolution et le terme ultime de la méconnaissance : celle-ci s'était réduite devant l'évidence des faits. Il en a été de même et bien plus rapidement, au cours des événements actuels, chez plusieurs de nos malades, atteintes de psychose hallucinatoire chronique qui se refusaient à mettre en rapport avec la guerre l'interruption des visites de leurs maris ou de leurs fils. On empêchait ceux-ci, disaient-elles, de pénétrer dans l'établissement, on dérobait les provisions qu'ils leur apportaient jusque-là toutes les semaines. Certaines accusaient leurs visiteurs de les délaisser. La guerre, dont parlaient les journaux, n'était qu'une comédie et elles se refusaient à les lire, de même que les lettres expédiées par les mobilisés. Mais lorsque ces malades, des fenêtres de leurs salles, virent les troupes occupantes manœuvrer dans les champs qui bordent l'hôpital, les unes après les autres durent se rendre, elles aussi, à des arguments dont le retentissement émotif surpassait les exigences du délire.

Par contre, lorsque la phase initiale de la méconnaissance se déroulait au dehors, elle entraînait, dans la première année de la guerre surtout, l'internement rapide des sujets qui refusaient de se soumettre aux règlements en vigueur, et nous avons signalé, en 1939, le cas de ces femmes atteintes de psychose hallucinatoire, qui négligeaient d'éteindre ou de camoufler leur éclairage lors des alertes : manifestations « initiales » de guerre, qui n'ont plus été notées ultérieurement.

D) *La méconnaissance des lieux*, étudiée pour elle-même, présente, du moins dans les cas de notre série, beaucoup moins d'intérêt que les précédentes formes. Bornée à son aspect pur, négatif, elle se réduit au refus des malades de reconnaître au lieu dans lequel nous les observons sa qualité d'asile d'aliénés, c'est-à-dire qu'au fond les sujets ne peuvent se résoudre à leur qualité de malades mentaux. Ils ont passé dans un grand hôpital — mais ce n'était pas Sainte-Anne — et ensuite ils ne veulent plus savoir ce

qui s'est produit. Ils ne sont pas à Maison-Blanche, ou à La Charité ou à Moisselles ; ou bien il ne s'agit pas d'un asile, mais, suivant les malades, d'une pension de famille, d'une caserne, d'une maison de tolérance, et même seulement lorsque la réticence est plus prononcée, de « pièces où il y a des lits ». Le caractère objectif des lieux, qui découle des données visuelles, rend la méconnaissance difficile tant que le fonds mental n'est pas gravement atteint.

Ailleurs, chez les délirants avancés, la méconnaissance des lieux d'apparition tardive reste à peine indiquée, pour faire place à des constructions fantastiques et métaboliques s'étendant souvent à tout l'univers. Dans ce monde néoformé s'élabore tout le mystérieux folklore des asiles. Pour Hélène M., la paralytique générale périodique que nous avons décrite avec M. Capgras, c'est Marmoutsa, la ville infernale. Pour « Nullité », « Madame Sans-Nom », qui méconnaît sa personnalité entière, c'est le lieu de torture, la Cité-Tuerie. Pour une paranoïde de Moisselles, c'est le Tempelhof. Mme de Rio-Branco, type princeps des sosies de Capgras et Reboul-Lachaux, se trouve transportée dans le dessous, dans le deuxième ou troisième dessous, dans les Zites. Dans tous ces cas d'autres méconnaissances beaucoup plus typiques avaient d'ailleurs précédé la méconnaissance des lieux.

4° MÉCONNAISSANCE D'ÉLÉMENTS DE LA PERSONNALITÉ PHYSIQUE

Chose curieuse, cette dernière catégorie de méconnaissance a été étudiée surtout par les neurologistes : c'est que ses formes les plus typiques relèvent de lésions cérébrales localisées (hémorragies, ramollissements ou tumeurs), intéressant le plus souvent l'hémisphère droit dans sa région pariétale. Mais si les neurologistes se sont attachés avant tout au déterminisme anatomo-physiologique de ces cas, ils n'en ont pas moins noté au passage les traits de psychologie morbide qui les accompagnent, et qui seuls nous arrêteront.

Dans son récent ouvrage sur *l'image de notre corps*, M. Lhermitte range dans un chapitre consacré à la *méconnaissance de l'image corporelle* les faits qui ont pour nous le plus d'intérêt : méconnaissance de la cécité psychique, anosognosie (syndrome d'Anton-Babinski) ou ignorance de la paralysie qui frappe un membre, hémiasomatognosie lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie complète. Bien souvent la réaction psychique dépasse le cadre de l'agnosie et des actes réflexes pour revêtir tous les caractères des méconnaissances systématiques ; la certitude est irréductible, les

convictions et le comportement des malades sont d'ordre nettement délirant, des hallucinations s'y associent.

Les malades de von Monakow, atteints de cécité corticale, affirmaient conserver leur vision. Les malades d'Anton et ceux de Babinski ne reconnaissent pas l'hémiplégie, et paraissent la considérer comme une affection insignifiante : cette insouciance, d'un cachet particulier, Babinski l'a appelée l'anisodiaphorie. Ces sujets sont atteints d'une importante altération de la sensibilité profonde avec perte de la notion des attitudes segmentaires. Mais Babinski insiste sur leur « perturbation psychique très spéciale ». Lorsqu'on leur demande la main paralysée, ils avancent la main saine. Lorsqu'on leur présente cette main paralysée, ils refusent de la reconnaître comme appartenant à leur corps, *elle leur paraît étrangère*, ils l'attribuent même à une autre personne. Veut-on leur faire constater la non exécution des ordres donnés, ils s'y refusent formellement. Dans un cas tout récent d'anosognosie par gliome du lobe pariétal droit, Hécaen, David et Franquet relèvent des symptômes bien typiques : la malade semble ignorer totalement son côté gauche ; lui demande-t-on la main droite, elle tend la droite ; la gauche ? elle tend encore, et toujours, la droite. Elle ne s'inquiète nullement de son côté gauche, elle ne s'intéresse nullement à lui. La main, plus encore que le bras, n'est jamais reconnue, « c'est la viande de mon bras », dit-elle en plaisantant, malgré toutes stimulations. Si on prend le pouce, elle nie même qu'on tienne une partie de son corps. Lui met-on devant les yeux la main gauche en lui demandant ce que c'est, elle répond « c'est la main du docteur », et cela à plusieurs reprises. D'autres malades disent qu'elles ont un troisième bras, ne pouvant reconnaître dans le bras qu'on leur montre le membre paralysé.

Lors de la discussion des rapports sur l'image du corps ou schéma corporel à la Société de Neurologie le 10 juillet 1941, MM. André-Thomas, Lhermitte, Jean Delay ont abordé le rôle qu'il convenait d'attribuer à ces composantes psychiques, à ce trouble intellectuel. « Un sujet délire évidemment, conclut M. Lhermitte, quand il prétend avoir perdu la moitié de son corps, mais il ne délire que sur ce point. »

Cette électivité, jointe à la possibilité de déterminer le siège lésionnel, confère à ces phénomènes un indiscutable intérêt pathogénique, mais par ailleurs leur continuité avec d'autres perturbations généralisées n'en est pas moins remarquable, et sous le nom d'asomatognosie totale, Lhermitte décrit l'évanouissement de l'image corporelle tout entière, il rappelle deux observations qui

se superposent, l'une de O. Foerster 1903, l'autre de Deny et P. Camus (1905), dans lesquelles la malade, en l'absence de tout trouble objectif de la sensibilité, a perdu la notion de sa propre existence corporelle et de l'existence du monde extérieur. Toutefois, comme le remarquent Deny et P. Camus, les facultés intellectuelles et critiques sont intactes, il n'existe aucune conception délirante. On ne saurait donc parler ici de méconnaissance systématique. Ces sujets arrivent aux limites du syndrome, mais ils ne les franchissent pas.

Il n'en est plus de même dans les cas d'Ehrenwald, que cite Ludo van Bogaert dans un travail très suggestif où il retrace les étapes qui vont de l'hallucinosité douloureuse des amputés aux phénomènes de dépersonnalisation. Ces femmes atteintes d'hémiplégie refusent d'abord d'admettre l'existence de leurs règles ; l'une aboutit à la négation de l'existence de son corps, l'autre ne parle plus d'elle qu'à la troisième personne. « Elles montrent toutes les deux, écrit van Bogaert, qu'une dépersonnalisation « segmentaire » peut ultérieurement compromettre, à une échelle psychologique beaucoup plus haute, le sentiment de notre personnalité. » Des conduites psychomotrices bizarres se retrouvent identiques en des points divers de la série : un autre malade d'Ehrenwald atteint d'anosognosie cherchait son propre bras sous son lit tout comme l'aliéné de Bedlam, cité par Ribot, s'y recherchait lui-même tout entier. Et les cas d'asomatognosie totale rejoignent celui du père Lambert, le sergent d'Austerlitz dépersonnalisé.

La réaction psychologique, qui seule pour l'instant nous importe, se montre du même ordre dans toute la série.

Dans le présent travail, nous nous sommes contenté d'établir un inventaire descriptif et statique des types purs, bien définis, de méconnaissances systématiques : il s'agissait seulement d'en délimiter le domaine, d'ailleurs assez vaste, et d'apporter une introduction morphologique à une étude ultérieure de pathogénie et de psychopathologie.

ESSAI DE RADIOSCOPIE SYSTÉMATIQUE EN MILIEU PSYCHIATRIQUE

PAR

DANIEL COLOMB et MAURICE LETAILLEUR (1)

Tuberculose et psychose

La coïncidence de troubles somatiques avec les troubles psychiques avait déjà retenu l'attention d'Hippocrate, de Galien et des principaux cliniciens de l'Antiquité. Plus près de nous, Pinel, dans sa thèse, a souligné la fréquence de l'association de « phénomènes de délire » à la phtisie pulmonaire ». « On a vu, dit Guislain, la phtisie arrêter le cours de la folie ou la folie se développer au cours de la phtisie. » Dans son *Traité sur les maladies mentales* (1838), Esquirol soutient la même opinion. « J'ai vu un grand nombre de fois, écrit-il, la phtisie précéder de plusieurs mois la lypémanie et même la manie, ou se déclarer en même temps qu'elle ; quelquefois aussi la folie alterne avec la phtisie. »

Clouston (1864) parle de « manie phtisique ». Pour Griesinger (1865), « la cachexie tuberculeuse paraît être également quelquefois cause du développement de l'aliénation mentale ». Voisin décrit dans ses cliniques la « folie tuberculeuse » et Benjamin Ball consacre une de ses leçons sur les maladies mentales (1880) à ce problème et essaie de démontrer « que dans certains cas il existe entre la phtisie et la folie une corrélation de cause à effet ». Pour Grasset (1884) les névroses peuvent être des manifestations de la « diathèse tuberculeuse ». Toulouse y insiste à nouveau dans son livre sur « Les causes de la folie » et La Bonnardière (1893), Chartier (1899), Kara Eneff (1899) dans leur thèse apportent tour à tour leur contribution à l'étude des rapports de la pathologie mentale et de la tuberculose. Au début du siècle, Anglade et Cho-

(1) Travail de l'Hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir).

craux essaient de fournir à ces recherches cliniques une base anatomo-pathologique. Bientôt, Kahlbaum, Hecker et Kræpelin « resuscitent » la démente précoce dont Morel avait déjà donné, 50 ans auparavant, une description remarquable ; désormais c'est au sujet d'une étiologie tuberculeuse possible de la nouvelle maladie que se poursuit la discussion. De nombreux auteurs (Obregia, Roubinovitch, Anglade, Durocher, Decorce, Claude et Rose, Laignel-Lavastine et ses élèves, etc...) montrent en effet que la fréquence de l'infection par le bacille de Koch est plus importante chez les déments précoces que chez n'importe quels autres malades mentaux. Dans les travaux parus au cours de ces dix dernières années, on a été parfois très affirmatif (Claude et Baruk, Baruk et ses élèves), parfois beaucoup plus réservé (Dide, de Boissezon et Aujaleu, Rodiet, Nevot et Maillefer, Claude et Coste) quant au rôle de la tuberculose dans l'étiologie de la démente précoce ; certains auteurs et non des moindres (Wechsler, Haskovec, Chatagnon, etc...) pensent même qu'elle ne représente qu'une complication de la maladie mentale due aux mauvaises conditions de vie de ces sujets. Si bien que malgré des travaux importants, le brouillard étiologique de la démente précoce, comme disait C. Pascal, n'est pas dissipé.

Quoi qu'il en soit, cause ou conséquence de la psychose, la tuberculose, surtout dans sa forme pulmonaire, évoque pour le psychiatre des problèmes parfois difficiles, non seulement en ce qui concerne les déments précoces, mais aussi beaucoup d'autres malades. C'est ce qu'ont mis en lumière les travaux de Rolet (1), de Rouyer (2), l'enquête de Briau (3), les thèses de Perrot (4), d'Archaimbault (5) et de Brenugat (6).

L'emploi des thérapeutiques de choc, et plus spécialement de l'insulinothérapie, pour laquelle les lésions pulmonaires constituent une contre-indication majeure, avait déjà rendu indispensable le dépistage des formes même légères de tuberculose. Les conséquences de la guerre qui se traduisent en particulier dans nos services de psychiatrie par une recrudescence de cette maladie donne à ce problème d'hygiène hospitalière un regain d'actualité.

LA RADIOSCOPIE, BASE DU DÉPISTAGE

La difficulté du diagnostic de tuberculose pulmonaire chez beaucoup de psychopathes est connue de tous ceux qui ont fréquenté un service de psychiatrie. Elle n'avait pas échappé à

Laennec lui-même. « La phtisie, écrit-il, peut être quelquefois masquée pendant longtemps par des symptômes nerveux. » En effet, il ne faut guère compter sur les signes subjectifs pour éveiller l'attention. Perrot, après Privat de Fortuné et Geney, Mlle Pascal et Doussinet, nous en donne les raisons. « Qu'il s'agisse du dément plus ou moins inconscient, du dissocié, prisonnier de son mutisme, de contact difficile, du déprimé résigné, du maniaque insensible à la lassitude, du délirant pour qui l'explication de ses troubles physiques n'a rien à voir avec la médecine, de l'interprétant qui a englobé dans son délire tout l'entourage auquel il ne veut plus rien confier, du débile qui n'y attache aucune importance, que de malades supportent à l'Asile quelques petits signes généraux à l'insu des médecins et infirmiers, alors que d'autres, étiquetés hypocondriaques, auront pu lasser la patience des médecins et... ne pas paraître dignes d'attention lorsqu'ils révéleront quelques troubles, cette fois contrôlables. » L'examen clinique lui-même, déjà délicat en pathologie normale, devient plus ardu encore dans le milieu qui nous intéresse. Il nécessite un certain concours du patient, tout au moins un minimum de docilité. Il suffit d'essayer quotidiennement d'ausculter des catatoniques pour s'en rendre compte. Les petits signes (amaigrissement, anorexie, aménorrhée, sueurs nocturnes, élévation de température) peuvent échapper si l'on ne dispose pas d'un personnel parfaitement éduqué et tout à fait consciencieux ou lorsque l'encombrement du service rend la surveillance moins sévère... et encore aujourd'hui certains d'entre eux peuvent-ils trouver leur explication dans le rationnement alimentaire.

C'est pour toutes ces raisons qu'on a eu recours aux tests biologiques : ophtalmo-réaction (Raviart 1907, Soutzo et Dimitresco 1910), séro-diagnostic (Marie et Beaussart 1910), cuti-réaction à la tuberculine (Lévy-Valensi et Genil-Perrin 1913), Mira, T. Rodriguez Arias et Seix (1936), Mlle Pascal et Doussinet (1932), Baruk (1932), Beck (1934), Maillefer (1934), la séro-réaction de Besredka (Ameghino 1926, X. Abély 1928, Vié 1930, Privat de Fortuné et Geney 1930), la réaction de Vernes à la résorcine ou celle de déviation du complément par l'antigène méthylique (Hamel et Courtier 1931) et même l'hémoculture sur milieu de Loëwenstein. Ces méthodes sont parfois difficiles à appliquer et les données sont quelquefois d'une interprétation malaisée, surtout quand les recherches sont pratiquées chez des adultes vivant en collectivité. L'examen radioscopique et radiographique dans tous les cas douteux est le seul qui apporte vraiment la clef du diagnostic. En 1939, sur 74 établissements, dont les médecins ont répondu au ques-

tionnaire de Delamare (7), 17 avaient une installation radiologique autonome, 50 une consultation de radiologie et 7 quartiers d'hospice profitaient de l'installation des services voisins. Raynier et Lauzier, dans leur travail sur « La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés », ont prévu l'installation d'un service de radiologie et de physiothérapie. Nous pensons qu'à cause de la latence des signes subjectifs et de l'incertitude de l'examen clinique, le seul moyen efficace de dépistage de la tuberculose pulmonaire, est, dans un service d'aliénés, l'examen radioscopique systématique. On peut se demander *a priori* s'il ne présente pas, dans ce milieu spécial, des difficultés insurmontables.

Les résultats que nous allons rapporter d'une expérience personnelle montreront aux plus prudents qu'il est parfaitement réalisable et qu'il apporte des renseignements parfois insoupçonnés.

UNE EXPÉRIENCE DE RADIOSCOPIE SYSTÉMATIQUE

Pendant la première quinzaine du mois de septembre 1938, nous avons examiné aux rayons X 354 femmes du service du docteur Ey (Hôpital psychiatrique de Bonneval). A cette époque le service se montait à 429 malades ; la proportion des malades examinées est donc considérable (91 %). Quelques grabataires n'ont pas pu être transportées à la salle de radio ; certaines d'entre elles présentaient d'ailleurs des lésions tuberculeuses très évolutives et absolument évidentes. D'autres malades ont opposé un tel refus qu'il eût été vain de l'outrepasser. Fait paradoxal, dans les deux sections d'agitées, il n'y a eu que deux défections, alors que la section des travailleuses en a donné dix. Quelques malades, surprises au début, sont vite redevenues dociles. Aucun ennui sérieux ne s'est présenté au cours des examens. Il n'y a eu aucun incident fâcheux à déplorer bien qu'aucun dispositif spécial de protection n'ait été ajouté à l'installation verticale utilisée où l'ampoule et ses connexions étaient difficilement accessibles. L'aide de deux religieuses et d'une infirmière s'est montrée suffisante. Sans atteindre le rythme des radioscopies en milieu militaire (80 hommes) nous avons pu passer à l'écran une trentaine de malades à l'heure.

En somme se sont trouvées confirmées par la radioscopie systématique les constatations faites par Briau au cours de son enquête, « le second point signalé par plusieurs de mes collègues,

écrit-il, c'est la facilité avec laquelle les aliénés, même troublés, délirants, confus, acceptent l'examen sous écran ».

Voici les résultats techniques de cette expérience pour un matériel de 400 malades environ :

Radioscopie pulmonaire normale	61, soit 15	%
Hiles anormalement chargés	87, soit 22	%
Nodules crétacés	38, soit 9,6	%
Infiltrations inter-cléido-hilaires	29, soit 7	%
Atteintes parenchymateuses à topographie variée	15, soit 3,8	%
Aspect de tramite à caractère fibreux	39, soit 9,5	%
Image annulaire	1, soit 0,25	%
Atteinte de la plèvre :		
a) scissurale	7, soit 2	%
b) pariétale	32, soit 8	%

Envisageons maintenant ces différentes rubriques :

a) *Radioscopie pulmonaire normale* : 15 % des cas. Il s'agit de malades de tous âges, beaucoup présentent des modifications de l'ombre aortique ou cardiaque (malades de plus de 45 ans). Il est incontestable que dans les autres collectivités où l'on pratique la radioscopie systématique le nombre des sujets indemnes de toute atteinte ou de séquelles de lésions tuberculeuses est plus élevé.

b) *Hiles anormalement chargés* : 22 %. Cette adénopathie banale se rencontre dans presque le quart de la population du service cependant en majorité d'origine rurale. Nous n'avons mentionné que les cas où les pinceaux étaient nettement marqués.

c) *Nodules crétacés* : 9,6 %. Ces nodules sont franchement intra-parenchymateux ou juxta-hilaires, simples ou multiples, à contours très nets et à ombre très homogène. Les deux enfants du service, âgés de 7 et 8 ans, présentent un nodule gauche à topographie similaire.

d) *Infiltrations inter-cléido-hilaires* : 7 %. Ces infiltrations inter-cléido-hilaires ou sous-claviculaires sont d'interprétation difficile. La plupart sont sub-évolutives ; quatre de ces malades ont présenté ultérieurement une poussée clinique sévère.

e) *Atteintes parenchymateuses à topographie variée* : 8 %. Ce sont des taches étendues avec forte réaction pleurale.

f) *Aspect de tramite à caractère fibreux* : 9,5 %. La plupart sont des malades jeunes dans les antécédents desquels on trouve des éléments importants.

g) *Image lacunaire* : 0,25 %. Il s'agit d'une caverne sous-claviculaire gauche avec condensation péri-focale chez une malade de 59 ans, sans histoire clinique.

h) *Atteinte de la plèvre* : 9,8 %. Le plus souvent, c'est la scissure inférieure droite qui est nettement épaissie, sans réaction péri-scissurale nette (sauf dans un cas). Malades autour de la trentaine. Les autres séquelles pleurales sont, soit des sinus comblés ne s'ouvrant pas, avec ondulations du diaphragme, soit un flou uniforme étendu à toute une plage pulmonaire et accompagné d'une asymétrie thoracique.

En outre, nous avons été un peu étonnés de constater que 85 de ces femmes (21 %) dont la radioscopie pulmonaire est le plus souvent normale ou ne met en évidence que des signes peu importants présentent des modifications sensibles des ombres cardiovasculaires ; dans 35 cas une hypertrophie du cœur portant électivement sur les cavités droites ; dans 50 cas une ectasie parfois monstrueuse, de la crosse aortique ou de l'aorte thoracique. Il s'agit dans la majorité des cas de malades de plus de 50 ans. Cette proportion importante de lésions de l'appareil cardio-vasculaire chez les psychopathes n'est pourtant pas inattendue ; en effet, dans un mémoire récent couronné par l'Académie de Médecine, Chatagnon et ses collaborateurs ont montré les rapports qui peuvent exister entre les cardiopathies et les troubles mentaux. D'autre part, Delamarre, dans sa thèse, signale que chez les 760 malades du service de M. Beaudouin à Maison-Blanche, examinés par Misset, on a relevé 229 fois une modification de l'aspect radiologique du cœur ou de l'aorte.

Conclusions

1° *Au point de vue pratique.* — Notre expérience dont les résultats concordent d'ailleurs avec celle faite à peu près en même temps par Delamarre montre que la radioscopie systématique en milieu asilaire est parfaitement réalisable. Son rôle le plus important reste le dépistage de la tuberculose pulmonaire, mais elle gagnerait, nous semble-t-il, à ne pas être uniquement axée dans ce sens. Nous avons vu en effet les renseignements importants qu'elle apporte concernant l'appareil cardio-vasculaire ; Delamarre a relevé 105 cas d'aérocolie qui expliquent sans doute bien des « idées hypocondriaques ». Il suffirait de ralentir le rythme des examens pour les rendre plus complets.

Pratiquement une séance de radioscopie d'une heure tous les quinze jours doit permettre d'examiner une fois l'an toute la population d'un service réglementaire de 400 malades. Il convient d'ailleurs de ne donner à ces « coups d'écran » rapides et forcément superficiels que la valeur qu'ils méritent ; ils ne peuvent naturellement pas remplacer les examens plus soignés qu'ils doivent faire provoquer toutes les fois qu'il y a un doute.

Mais cette étude attire une nouvelle fois l'attention sur la nécessité pour un établissement psychiatrique de posséder une installation radiologique même modeste (celle de l'hôpital psychiatrique de Bonneval n'a coûté que 20.000 fr. en 1938). Il est préférable qu'elle soit autonome, non seulement à cause de ces examens systématiques auxquels bien des malades échapperont s'il faut les conduire au dispensaire ou chez le spécialiste, mais aussi à cause des examens complémentaires indispensables au cours des maladies intercurrentes ou dans des cas d'urgence (corps étrangers déglutis, fractures) et des encéphalographies dont l'importance croît de jour en jour avec l'essor que prend la neurochirurgie.

2° *Au point de vue médical pur.* — On peut tirer de ces radioscopies systématiques des enseignements précieux susceptibles d'orienter la thérapeutique. Le dépistage précoce de lésions bacillaires sub-évolutives chez les malades ne présentant pas de signes cliniques importants permettra souvent d'entreprendre un traitement adéquat à la période où il est le plus efficace et de prendre toutes mesures prophylactiques utiles pour la sauvegarde des autres pensionnaires du service : isolement dans une salle spéciale ou dans un pavillon particulier avec annexe de désinfection de la vaisselle et du linge.

Les expériences qui ont été tentées dans ce sens à Villejuif, à Chezal-Benoît, à Clermont-de-l'Oise, à Maison-Blanche et à Maréville (Sanatorium Archaimbault annexé à l'Asile en 1935) ont déjà donné des résultats encourageants. La solution de l'avenir semble être la création, dans le cadre de l'organisation régionale de la Santé, d'hôpitaux psychiatriques sanatoriums sur le modèle du pavillon sanatorial de Maison-Blanche et dans lesquels le médecin psychiatre pourrait profiter du concours permanent d'un phtisiologue compétent en conservant la direction de ses malades.

En fin de compte, la radioscopie systématique représente un effort de plus pour replacer la psychiatrie dans le cadre de la médecine générale et donner une exécution effective au décret du 5 avril 1937 qui tend à faire de nos vieux asiles de modernes hôpitaux psychiatriques.

Bibliographie

N. B. — On trouvera dans les thèses de PERROT, ARCHAIMBAULT et BRE-NUGAT une bibliographie complète sur la question.

1. ROLET. — La tuberculose dans les asiles d'aliénés. *Thèse Paris*, 1907.
 2. ROUYER. — Sur les rapports de la tuberculose et des troubles mentaux. *Thèse Paris*, 1930.
 3. BRIAU. — Quelques aspects du problème de la tuberculose dans les Asiles d'Aliénés. *Arc. Dit. de Neurol.*, 1933 et 1934.
 4. PERROT. — Les problèmes de la lutte anti-tuberculeuse dans les asiles d'aliénés. *Thèse Paris*, 1936 ; contient une bibliographie complète.
 5. ARCHAIMBAULT. — Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des maladies mentales. *Thèse Paris*, 1937.
 6. BRENUGAT. — Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et les psychopathies. *Thèse Paris*, 1939.
 7. DELAMARRE. — L'équipement radiologique des hôpitaux psychiatriques. *Thèse Paris*, 1939.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 14 Février 1944

Présidence : M. GUIRAUD, ancien président

PRÉSENTATIONS

Considérations cliniques et anatomiques à propos d'une tumeur cérébrale (*présentation de pièces*), par MM. L. MARCHAND, J. RONDEPIERRE et D. COLOMB.

L'observation suivante de tumeur cérébrale présente quelques particularités qu'il nous a paru intéressant d'exposer à la Société.

OBSERVATION. — Mme Veuve H..., âgée de 62 ans, entre à la Maison de Santé de Ville-Evrard, le 6 mai 1943, avec un certificat détaillé d'un médecin, à l'aide duquel on peut reconstruire l'histoire de la maladie. Les troubles ont débuté, il y a une dizaine de jours, par une hémiplégie gauche avec paralysie faciale homolatérale. Quatre jours après, la malade s'est présentée comme une maniaque : excitation psycho-motrice à prédominance psychique (fuite des idées, calembours), sans discordance mimique. Dans les jours qui suivent, la malade, sans quitter son lit, présente une agitation avec stéréotypies motrices (gestes de prédication, de malédiction). La fuite des idées, aussi marquée, gravite autour de certains thèmes mystiques (Dieu, le salut, la confession). L'insomnie est complète. La malade s'alimente difficilement et l'état général s'aggrave : état saburral des voies digestives, oligurie, amaigrissement. L'urée sanguine oscille entre 0,26 et 0,37 ; la tension artérielle s'élève à 26-11. Cependant, la scène neurologique s'estompe et il ne subsiste qu'une hémiparésie gauche.

A l'entrée, les examens psychiatriques et neurologiques sont rendus très difficiles par l'état de la malade qui ne répond à aucune question. Celle-ci articule inlassablement et à mi-voix, sans les rythmer cependant, une syllabe ou deux. Le membre supérieur droit est animé de mouvements stéréotypés. L'état général est grave, la langue rôtie. L'insomnie demeure totale.

L'examen somatique confirme l'hémi-parésie gauche qui se traduit, tant au membre supérieur qu'au membre inférieur, par le signe de l'hyperextensibilité. Les réflexes tendineux sont vifs, mais il est impossible de mettre en évidence le signe de Babinski. La parésie est à prédominance distale. Paralysie faciale gauche.

A ces signes s'ajoutent des symptômes pseudo-bulbaires et des troubles trophiques importants (escarres). La tension artérielle est de 18-10 (Vaquez). Le premier bruit du cœur est sourd à la pointe.

Apyrexie. Urée sanguine : 0,50.

Il n'est pas possible de pratiquer un examen du fond d'œil avant la ponction lombaire. Tension (en position assise), 25 au manomètre de Claude. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne donne aucune indication particulière : lympho, 0 ; albumine, 0,30 ; sucre, 0,60 ; Pandey, Weichbrodt, négatifs. Meinicke et Wassermann, négatifs. Benjoin, 00000.02220.00000.

Cette intervention améliore légèrement l'état de la malade, qui répond à quelques questions avec le ton maniaque.

Le 12 mai, la malade meurt subitement.

L'autopsie n'a porté que sur l'encéphale.

Examen macroscopique. — L'hémisphère droit pèse 540 gr., le gauche 525 gr., le cervelet et le bulbe 145 gr.

Hémorragie méningée récente au niveau de la région bulbo-protubérantielle et de la face antérieure du cervelet. Athérome des artères basilaires.

Tumeur de l'hémisphère droit envahissant la partie antérieure du noyau caudé et du noyau lenticulaire dont elle respecte la partie interne. La couche optique n'est pas envahie mais réduite de volume par compression. Le tissu tumoral n'envahit ni le cortex cérébral ni les régions sous-corticales. Il est de consistance gélatineuse et de couleur rosée et prend, par places, l'aspect d'un tissu lardacé jaunâtre ; il obture complètement le ventricule latéral dans sa moitié antérieure.

Examen microscopique. — Le tissu néoplasique est constitué par des cellules polymorphes tassées les unes contre les autres. Le plus grand nombre des éléments a un corps peu développé, légèrement fibrillaire, d'où s'échappent quelques fines fibrilles ; les noyaux ont également une forme polymorphe et sont, souvent, en état de division directe. Outre ces cellules, on rencontre des éléments monstrueux, véritables plasmodies dans lesquels les noyaux sont multiples, ont des for-

mes des plus bizarres, sont hyperchromatiques et, généralement, rejetés à la périphérie du corps cellulaire.

Le tissu tumoral est peu vascularisé ; quelques vaisseaux ont une paroi très mince, infiltrée de cellules embryonnaires. Nombreuses zones nécrosées.

A la périphérie de la tumeur, au niveau où celle-ci envahit le tissu nerveux et le remplace, les cellules néoplasiques ont une forme allongée ; leur cytoplasma est peu développé ; leur noyau est hyperchromatique et revêt une forme fusiforme. De chaque extrémité du corps cellulaire s'échappent, de fines fibrilles. Dans toute la région qui borde le tissu tumoral, les cellules névrogliales prennent une forme monstrueuse à protoplasma très hyperplasié et renferment plusieurs noyaux volumineux (cellules engraissées). Les éléments ganglionnaires disparaissent par atrophie.

Diagnostic histologique : glioblastome.

Nous retrouvons dans cette observation les caractères cliniques fréquents au cours des tumeurs cérébrales infiltrantes : 1° La variabilité du syndrome mental allant de la manie confusionnelle à un état démentiel. 2° L'importance du syndrome neurologique qui s'est traduit par une hémiplégie. 3° L'évolution rapide de l'affection qui, en une quinzaine de jours, s'est terminée par la mort. On peut admettre qu'une longue période de latence a précédé l'éclosion des premières manifestations et que cette latence est due au siège central de la tumeur qui a respecté le cortex et le sous-cortex.

La tumeur cérébrale fut cependant une trouvaille d'autopsie, car, chez cette malade, le diagnostic posé avait été celui d'artériopathie cérébrale. Le début des troubles par une hémiplégie à évolution *régressive*, — fait inaccoutumé dans les tumeurs cérébrales glioblastomateuses qui sont à la fois infiltrantes et destructives, — l'hypertension artérielle, le résultat négatif de la ponction lombaire, l'âge de la malade étaient en faveur de ce diagnostic.

Le polymorphisme des troubles mentaux, si commun au cours des néoplasmes cérébraux, s'observe aussi au cours des accidents de l'artério-sclérose cérébrale et ne pouvait que contribuer à l'erreur de ce diagnostic.

L'examen du fond d'œil qui n'a pu être pratiqué et surtout la ventriculographie (puisque la tumeur oblitérait complètement la moitié antérieure du ventricule latéral gauche) auraient pu rectifier le diagnostic. Ajoutons cependant que la nature infiltrante de la tumeur, son siège central, son volume étaient autant de contre-indications à toute intervention.

Démence précoce à manifestations tardives (*présentation de malade*), par MM. HEUYER et ROUAULT DE LA VIGNE.

OBSERVATION. — Mlle D..., Virginie, âgée de 47 ans, est amenée à l'Infirmierie spéciale, le 7 décembre 1943, après l'intervention du service social des P.T.T. Il s'agit d'une employée des postes, mise à la retraite il y a 6 mois, en juin 43, après 28 ans de service.

Nous apprenons de la malade qu'elle vivait seule chez elle, en bons termes avec ses voisins. La concierge lui faisait son ménage. Elle n'avait pas de parents à Paris et pas d'amis. Elle se complaisait dans une inaction totale, allant quelquefois au cinéma. Satisfaite de son sort, elle demande ce qu'on lui veut et ce qu'elle est venue faire ici. En réalité, l'enquête apprend que cette femme vivait, depuis des mois, de la charité de ses voisins, qui devaient pourvoir à ses besoins.

Son attitude est correcte, ses vêtements usés et sales ; mais la malade est propre, les cheveux sont peignés. On constate seulement, aux mains, une véritable culture des ongles, qui dépassent un centimètre. La voix est aimable, mais le ton est monotone. Elle a de nombreux sourires stéréotypés mais assez bien adaptés.

Elle est bien orientée ; cependant, repliée dans un autisme profond, elle s'intéresse peu aux événements extérieurs. La guerre n'a commencé qu'il y a un an ; la France n'a pas été battue ; le chef de l'Etat est le président Lebrun. Elle ne lit jamais les journaux et se contente, l'été, d'entendre par la fenêtre la T.S.F. de ses voisins.

La mémoire est assez bien conservée ; elle donne correctement les dates du début et de la fin de la guerre 1914-1918. Elle donne des précisions sur sa jeunesse et sur sa famille. Elle a été élevée à la campagne et elle a obtenu le certificat d'études primaires. En 1913, elle est venue à Paris et elle est entrée dans les P.T.T. Elle y mena une vie monotone et sérieuse, n'eut jamais de relations sexuelles, ni même d'aventure sentimentale.

Les automatismes didactiques sont bien conservés ; elle compte et calcule bien ; elle sait la table de multiplication et fait des règles de trois faciles.

Mais, l'étude des connaissances générales témoigne d'un *affaiblissement intellectuel* avec dissociation. En outre, on note de la passivité, de l'approbativité, de la fuite des idées ; elle n'a pas de mentisme. Actuellement, il n'y a aucun automatisme mental.

Peut-être a-t-elle présenté autrefois des hallucinations auditives ? Son frère nous dit que, depuis une quinzaine d'années, elle semblait bizarre, parlait seule, passait pour un peu « toquée ». En août dernier, elle aurait eu une période de mutisme. Devant son frère, elle a paru heureuse de le revoir, mais le manifeste très peu. Elle lui dit son désir de rentrer chez elle. Ses réponses sont monotones et stéréotypées.

A l'examen physique, on note une maigreur cachectique, une anémie avec teint pâle et décoloration des muqueuses. Le cœur est un peu arythmique, sans lésions orificielles ; le pouls est petit, à 80. La tension un peu basse, à 10-7. Elle n'a aucun signe de maladie viscérale. Les réflexes tendineux sont un peu vifs ; les pupilles, myotiques, réagissent bien. Il est impossible de savoir la date de sa ménopause, à laquelle elle n'a pas prêté attention.

La ponction lombaire, faite dans le service du docteur Guiraud, est complètement négative : albumine, 0,40 ; lymphocytes, 0 ; Pandey, Weichbrodt, Bordet-Wassermann, Benjoin, négatifs.

En somme, c'est le tableau d'une vieille démence précoce à forme simple. D'emblée, nous avons pensé que cette dissociation schizophrénique était ancienne et s'était révélée à l'occasion d'un choc récent : la mise à la retraite.

Les renseignements donnés par l'administration ont confirmé cette manière de voir. La malade a occupé, pendant 5 ans, le poste d'aide-receveuse ; après concours, elle a été titularisée en 1920. A ce moment, élégante et active, elle paraissait tout à fait normale à ses collègues. C'est vers 1922, après la mort de ses parents et d'un de ses frères (qui serait mort interné), qu'elle a commencé à surprendre son entourage par son comportement bizarre ; elle ne parlait à personne et s'adonnait au spiritisme. Elle continuait, cependant, à faire son travail avec précision et rapidité. Même au bureau, elle invoquait les esprits ; elle faisait un peu peur à ses collègues.

Au cours des années suivantes, son travail est resté correct ; ce n'est qu'en 1931, qu'il laissa à désirer ; elle faisait des erreurs. Charitablement, on lui confia des travaux plus faciles.

En 1938, elle se mit à parler seule, s'adressant parfois à elle-même des injures. Elle ne parlait pas à ses collègues et ne leur faisait pas part de ses préoccupations. Mise à un travail automatique dans une centrale téléphonique, elle s'y maintint sans trop d'excentricités. Pourtant, sa bizarrerie s'accroissait, et, remarquée au cours d'une inspection, elle fut réformée le 12 mai 1943.

Commentaires. — En résumé, il s'agit d'une démence précoce à forme simple, telle que Sérieux l'a décrite en 1902. La maladie paraît avoir commencé à 25 ans, mais au lieu d'évoluer vers une démence paranoïde, comme il est habituel, la dissociation intellectuelle s'est maintenue sous une forme arrêtée et fixée pendant toute la vie professionnelle de la malade.

C'est pour ne pas employer le terme de démence précoce chez une malade de 47 ans, que nous admettons le terme de schizophrénie, à condition que celui-ci soit réservé strictement à cet affaiblissement intellectuel à forme de dissociation.

Les automatismes didactiques sont conservés ; les raisonne-

ments élémentaires fonctionnent normalement, de telle sorte que la malade, malgré quelques bizarreries, quelques excentricités épisodiques, a pu, dans le cadre de son administration, continuer sa carrière de fonctionnaire sans trop attirer l'attention sur elle. Sans doute, elle ne donnait pas satisfaction, puisqu'on a dû la changer de service, mais ce n'est que tardivement que son comportement et les erreurs qu'elle commettait l'ont fait réformer au cours d'une inspection.

Elle semble n'avoir jamais présenté d'automatisme mental ni de délire actif. Actuellement encore, elle n'est guère délirante et sa démence est loin d'être totale. Encadrée dans l'administration, obligée de suivre un emploi de temps fixé par l'horaire des bureaux, elle a pu se maintenir dans un équilibre instable. Celui-ci a été rompu brusquement lors de la mise à la retraite qui nécessitait une adaptation à une situation nouvelle et la prise d'initiatives dont elle était depuis longtemps incapable. Réfugiée dans son autisme, d'ailleurs quasi-vidé de toute substance, elle s'abandonnait à son inactivité et à son incurie.

Un semblable exemple montre que l'élément essentiel de la maladie est bien un affaiblissement intellectuel d'une qualité spéciale, frappant surtout les fonctions supérieures d'association et de synthèse. Le trouble de l'affectivité paraît ici accessoire ; le délire est inexistant. La conservation d'une activité intellectuelle élémentaire permet une activité automatique, mais le trouble des associations et l'incapacité de la synthèse empêchent de s'adapter à des situations nouvelles, cette inadaptation n'étant qu'un phénomène réactionnel et non pas l'élément primitif et essentiel de la maladie.

Narcolepsie, cataplexie, hallucinose, avec intégration de l'expérience hallucinatoire à la personnalité, par MM. P. MALE et J. de AJURIAGUERRA.

M. V., âgé de 29 ans, est envoyé à la consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle par son médecin-traitant avec le diagnostic de narcolepsie.

OBSERVATION RÉSUMÉE. — Malade présentant un syndrome de Géliveau typique, avec épisodes nocturnes, de nature onirique, apparus deux mois après le début de la maladie et qui persistent, quoique estompés, encore actuellement. Il s'agit, en réalité, d'épisodes cataplectiques avec déroulement hallucinatoire extrêmement riche. Ils

surviennent soit avant la période d'endormissement, soit lorsqu'il se réveille la nuit, jamais au réveil du matin. Il se sent immobilisé, incapable d'exécuter un mouvement, de crier ; cependant, il est arrivé quelquefois à s'asseoir sur son lit, après un grand effort. En même temps, il perçoit devant lui des animaux ; des chats, un gros chat noir qui s'approche de son lit, des serpents qui s'enroulent autour de lui, lui qui est immobile et incapable de faire un mouvement pour desserrer l'étreinte qu'il ressent avec angoisse, autour de son cou et de son thorax. Devant lui se dresse parfois la tête grossie, avec les yeux exorbités, caricaturale et grimaçante, de son père. Il entend des propos désagréables : « Tu ne guériras pas. » « Tu ne te marieras jamais. » Parfois, les tableaux sont plus complexes : assiste à une cérémonie dans l'église, le prêtre dit la messe, les fidèles le suivent avec dévotion, on entend l'orgue et les chants ; brusquement, tout change, le prêtre se déshabille ainsi que les fidèles et on assiste à des scènes d'orgie en même temps que la musique prend un caractère exotique et sensuel.

Le plus fréquemment, il voit surgir devant lui des tableaux érotiques, toujours homosexuels. Dans une salle, ressemblant aux salles des maisons publiques, évoluent des hommes nus, jeunes et vieux, qui prennent des poses adéquates, en érection. Ils lui jettent des regards ambigus et semblent se moquer de lui et lui adressent parfois la parole : « Laisse-toi faire », « fais-toi enc... », etc... Il entend d'ailleurs souvent ces propos en dehors des épisodes d'hallucinations visuelles, mais toujours au cours de la cataplexie nocturne. Les scènes érotiques se répètent très fréquemment avec une variation des personnages, mais restant toujours dans le cadre homosexuel.

Les épisodes durent quelques minutes et s'accompagnent d'une anxiété intense : le malade participe activement à toute cette imagerie hallucinatoire qui prend à ses yeux un caractère dramatique intense.

Notons que la cataplexie et les troubles oniriques peuvent disparaître immédiatement par un simple attouchement sur n'importe quelle partie de son corps, effectué par une personne de son entourage. Le malade s'endort après la crise et présente des rêves fréquents au cours de la nuit.

Depuis le début de sa maladie, son sommeil s'est transformé, les rêves et les cauchemars sont presque quotidiens. Au cours des cauchemars, il se sent parfois voler, puis tomber brusquement dans le vide. Le réveil est brusque, mais non suivi de crises de cataplexie. Dans ses rêves, il voit parfois des personnages s'endormir et tomber d'une bicyclette et des gens faire des réflexions sur le sommeil du cycliste, mais il ne s'est jamais reconnu parmi ces personnages.

Son délire onirique, et cela depuis le début, passe par différentes phases de conviction entière au cours de l'épisode onirique, parfois avec critique partielle, mais avec participation instinctive à l'épisode délirant ; une deuxième phase de doute et de critique réelle raison-

nante chez ce sujet encore tout imprégné de l'expérience délirante ; une troisième phase de soulagement mais mêlé à une certaine crainte sur la possible apparition de nouveaux épisodes qu'il espère cependant pouvoir surmonter par une critique préparée d'avance.

Fait curieux chez ce malade, des réminiscences des épisodes oniriques ont semblé s'infiltrer dans sa personnalité actuelle. Sur le sujet probablement prédisposé : aspect féminin, joues flasques et glabres, mouvements ronds, parole douce, la forte charge affective de son expérience délirante a transformé sa personnalité, créant d'ailleurs un vague système interprétatif à base d'influence. Dans la rue, il a l'impression que les hommes le regardent d'une drôle de façon, craint l'approche des hommes, ressent à certains moments des sensations anales, intromission. Il se sent gêné devant les jeunes garçons et présente, au cours des jeux avec ceux-ci, surtout lorsqu'ils sont accroupis, des désirs génésiques intenses suivis d'érection. Honteux de ces désirs, il est obligé de s'éloigner. Parfois, les représentations réapparaissent au cours de la journée. Le malade n'a cependant jamais eu de rapport homosexuel ni participé à des manœuvres masturbatoires.

Depuis quelque temps, ces idées s'estompent et le malade a repris des rapports hétérosexuels qui le fatiguent beaucoup et dont il craint des conséquences néfastes pour l'évolution de sa maladie. Aucun accident du type cataplectique n'est survenu au cours de ces rapports.

Cette observation nous permet donc d'identifier un syndrome de Gelineau au complet et d'évolution déjà ancienne. Nous voyons s'y associer troubles narcoleptiques, cataplectiques et hallucinosiques. La narcolepsie diurne évolue par accès courts et typiques, l'état cataplectique souvent déclenché par l'émotion et surtout l'émotion comique paraît se dissiper par simple attouchement. Enfin, c'est uniquement à la phase d'endormissement et la nuit que s'associe un déroulement hallucinatoire très angoissant et dramatique à l'immobilisation cataplectique. Tous ces faits intéressants sont néanmoins classiques.

Plus curieux paraît être le retentissement des troubles oniriques sur la personnalité du sujet. Il y a conviction délirante au cours des épisodes hallucinosiques, puis relative critique, mais il y a d'autre part une intégration particulière des troubles à la personnalité. Le bouleversement affectif, l'onirisme dramatique, s'accompagnent de l'apparition d'interprétations délirantes et de thèmes d'influence qui se sont affirmés peu à peu. L'expérience onirique et les idées délirantes ont d'ailleurs un thème commun qui est l'homosexualité, fonds à la fois de l'imagerie et des persécutions. On a l'impression chez ce sujet que l'intensité du vécu hallucinatoire crée un climat favorable à la révélation de pulsions homosexuelles, issues de la sphère des instincts.

Le malade, par ailleurs, un peu féminisé et en tout cas pré-disposé, lutte par des attitudes de disculpation (recherche d'une solution hétérosexuelle) et par les mécanismes projectifs du délire.

Si nous nous attachons à l'étiologie de ce syndrome, nous pouvons penser qu'il s'agit de séquelles encéphalitiques à cause du début brusque des accès accompagnés d'une diplopie transitoire. Il semble donc que le virus encéphalitique ait atteint le diencéphale et les centres hypniques et qu'il puisse aussi jouer un rôle dans ce fléchissement de la personnalité qui a permis l'éclosion d'un délire.

Nous concluons donc en résumé à un syndrome de Gelineau d'origine encéphalitique, intéressant à cause de l'intégration durable à la personnalité de l'expérience hallucinatoire sous forme délirante et aussi de la révélation d'une homosexualité inconsciente contre laquelle le sujet lutte par les mécanismes habituels de projection et de disculpation.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — On a peut-être trop radicalement séparé hallucinations et hallucinose (sans croyance). Des unes aux autres, on trouve toutes les transitions, et c'est le cas ici. On y voit, au cours des accès narcoleptiques et dans les périodes consécutives, des hallucinations plus ou moins intégrées à la personnalité, pour lesquelles est variable la croyance en leur réalité.

Un cas de forme amnésique pure de paralysie générale, (présentation de malade), par M. GUIRAUD et M^{me} LEULIER.

Exposé du cas. — Mme L..., âgée de 60 ans, entrée le 15 juin 1943, avec le diagnostic de paralysie générale.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine, 0,65. Leucocytes, 4,6. Pandy +. Weichbrodt +. Benjoin, 22222.22222.20000. Bordet-Wassermann +. Meinicke +.

Signes physiques : réflexes tendineux vifs. Pupilles irrégulières. Signe d'Argyll-Robertson. Pas de tremblement. Pas de dysarthrie spontanée.

Au point de vue mental : état mélancolique avec tristesse, gémissements, idées de dépréciation, d'hypocondrie, d'incurabilité. Mais ce qui attire l'attention : c'est une *amnésie considérable*.

Amnésie : elle ignore son adresse, son âge, ne sait pas dans quel

hôpital elle est, depuis combien de temps, ni dans quelles circonstances elle y a été conduite.

Les épreuves de fixation montrent qu'elle est incapable de retenir une date, un mot, ou une phrase qu'elle vient de lire. Elle ne sait pas comment s'appellent le docteur ni les gens qui l'entourent.

Amnésie rétro-antérograde : ignorance des faits actuels. Pour elle, cette guerre a débuté en 1914.

Par contre, les souvenirs anciens sont relativement bien conservés. Sait les dates de naissance de son père, de son frère, de ses enfants. Donne sans hésitation une adresse ancienne. Capable de donner des précisions sur son travail professionnel. Ni fabulation, ni fausses reconnaissances.

Exploration du fond mental : pas de troubles de l'attention, pas de troubles du jugement, pas de troubles de l'affectivité. Elle est capable d'exécuter correctement l'épreuve des trois papiers.

Elle comprend sa situation. A une conscience parfaite de son déficit mnésique. Sens critique bien conservé, capable d'apprécier les nuances, ironie, sens du comique.

Diagnostic. — Cette observation entre dans le cadre des paralysies générales à forme amnésique pure.

Ces cas ont été étudiés récemment par Talot et Giscard. Talot les désigne sous le nom de forme amnésique de la syphilis cérébrale. Giscard, sous le nom de forme amnésique de la paralysie générale. La raison pour laquelle Talot ne fait pas de ces malades des paralytiques généraux, c'est que pour lui la paralysie générale a surtout un critérium clinique. Or, il est indiscutable que ces malades diffèrent beaucoup du syndrome classique de la paralysie générale, mais Talot remarque que beaucoup d'entre eux finissent par présenter tous les signes physiques et mentaux de la paralysie générale et même des lésions histologiques plus ou moins accentués. Enfin, il admet qu'il existe des formes de transition. Nous estimons inutile de rouvrir ce débat plutôt verbal sur la dénomination : syphilis ou paralysie générale.

Ces formes doivent être distinguées :

1° de l'amnésie habituelle de la paralysie générale ; l'amnésie est alors moins accentuée et surtout s'incorpore à l'affaiblissement intellectuel banal ;

2° de la paralysie générale à début amnésique, où l'affaiblissement intellectuel commence plutôt par le déficit de la mémoire que par les troubles du jugement.

Sosset, sur 15 paralytiques généraux, a trouvé 5 malades dont la courbe mentale présente un seul déficit des épreuves de mé-

moire mais ce déficit est incomparablement moins accentué que dans la forme amnésique pure de la paralysie générale ; les profils donnés par les tests montrent que l'affaiblissement mnésique n'est pas très profond ;

3° du syndrome de Korsakoff : troubles de la mémoire comparables, mais la nuance confusionnelle, toujours présente dans le syndrome de Korsakoff manifestée par de fausses reconnaissances de la fabulation, est toujours absente des formes amnésiques de la paralysie générale ;

4° de même de la presbyophrénie ; l'âge des paralytiques généraux atteints de la forme amnésique est quelquefois assez avancée et le diagnostic avec la presbyophrénie en cas d'absence de signes physiques peut se poser.

Fréquence. — Ces formes sont rares. Talot en relève six cas dont un de M. Marehand. Giscard, deux observations, l'une du Service de Cestan, l'autre du service du Dr Guiraud.

L'un de nous qui, pratiquant la malaria depuis 1922 sans interruption, voit des centaines de malades par an n'a observé que trois cas de forme amnésique pure.

Localisation. — Peut-on penser qu'une localisation particulière du processus paralytique ou de la syphilis est la cause de cette forme amnésique. Giscard s'est attaché à cette question et explique les particularités cliniques par prédominance des lésions aux lobes frontaux. Il y aurait un argument en faveur de cette conception dans l'observation de Mabillet et Pitres dans laquelle une cavité lacunaire à bords irréguliers se trouvait dans chaque lobe préfrontal en avant de la tête du noyau caudé. Mais cette observation ne comporte pas d'examen histologique. Elle a été faite 23 ans après le début des accidents amnésiques ; il n'est nullement démontré que les lésions soient la cause des troubles mentaux.

En se rapprochant des tendances plus modernes on pourrait se demander si des lésions de la région des tubercules mammillaires analogues à celles que Gamperl a décrites dans le syndrome de Korsakoff ne pourraient pas être incriminées mais nous rappelons que les symptômes sont assez différents et que les lésions de la région rétro-tubérienne comportent obligatoirement, semble-t-il, un élément hypnique et confusionnel.

Il serait intéressant si on pouvait faire une autopsie de malade de ce genre dans des conditions favorables de rechercher une prédominance ou une exclusivité des lésions.

Traitement. — Dans le cas observé par l'un de nous à Villejuif, le traitement par malaria et stovarsol avait donné de bons résultats. Dans le cas actuel, la malade semble légèrement améliorée. Il est possible qu'elle s'améliore encore.

BIBLIOGRAPHIE

- CHASLIN et BARTOGALÉS. — Un cas de syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure. *Journ. de psych. norm. et path.*, 1908.
- CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Un cas d'amnésie à prédominance antérograde au cours d'une syphilis cérébro-spinale fruste. *Encéphale*, fév. 1911.
- GISCARD. — Forme amnésique de la paralysie générale. *Thèse Toulouse*, 1930.
- MABILLE et PITRES. — Un cas d'amnésie de fixation post-apoplectique. *Revue de médecine*, avril 1913.
- MARCHAND. — Amnésie de fixation et d'évocation chez une paralytique générale. *Bull. Soc. clin. méd. ment.*, 1912.
- SÉGLAS. — Méningo-encéphalite syphilitique ; accidents épileptiques ; amnésie rétro-antérograde sans fabulation ni délire. *Encéphale*, 1909.
- TALOT. — Forme amnésique pure de syphilis cérébrale. *Thèse Paris*, 1923.
- SOSSET. — Recherches sur les troubles de la mémoire. *Ann. méd.-psych.*, 1933, t. I.
- VIGOUROUX et PRINCE. — Amnésie de fixation chez un paralytique général, 1912.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Cette malade peut encore s'améliorer et récupérer ses fonctions en faisant des exercices de mémoire. Elle l'a d'ailleurs remarqué elle-même. Ces faits répondent à une diminution des réactions méningées.

M. GUIRAUD. — Ce cas montre qu'il ne faut jamais désespérer de l'avenir de ces malades. Il faut les traiter longtemps avec persévérance.

M. CARRETTE. — Cette malade n'a pas une hypertension notable ; elle n'a pas eu d'ictus. Elle est à la limite de la vieillesse. La forme amnésique, uniquement amnésique, est rare à son âge et diffère des formes artério-scléreuses naguère observées avec M. Marchand et M. Guiraud, non seulement par sa présentation clinique, mais aussi par son comportement thérapeutique. Cette malade est déjà très améliorée.

Analyse des troubles du langage dans une maladie de Pick
(présentation de malade), par MM. Jean DELAY, Paul NÈVEU et
P. DESCLAUX.

La maladie de Pick réalise des types divers de dissolution du langage. De la récente observation anatomo-clinique publiée par l'un de nous (1), il est intéressant de rapprocher celle de la malade que nous présentons, chez qui le diagnostic de maladie de Pick a été confirmé par les constatations encéphalographiques et ventriculographiques.

OBSERVATION. — Ch..., Marie, 62 ans, a été internée à la Clinique des maladies mentales pour un affaiblissement intellectuel qui débuta il y a quatre ans, et qui a, peu à peu, abouti à une réduction massive, puis à une disparition du langage spontané. Celui-ci paraît, en effet, réduit à une proposition stéréotypée : « Les Italiens ne sont pas courageux. » Cette malade a l'apparence d'une aphasique, mais une analyse détaillée montre qu'il s'agit ici de troubles du langage bien différents de ceux de l'aphasie classique.

Analyse des troubles du langage : le langage spontané semble réduit à l'extrême et nous paraît même aboli. C'est une incitation quelconque qui déclenche la stéréotypie verbale qui se reproduit et se répète avec une intonation identique. En dehors de tout stimulus, la tendance au mutisme est nette. La signification de la proposition stéréotypée paraît nulle. En particulier, elle ne semble pas avoir une valeur émotionnelle et encore moins une valeur intelligible pour la malade. En effet, une émotion vive ne déclenche chez elle aucune réaction verbale.

Les gnosies, et en particulier les gnosies verbales auditives et visuelles, sont intactes; la malade reconnaît tous les objets visuels et les désigne quand on les nomme, elle comprend les ordres simples donnés oralement ou par écrit. Elle lit un texte à voix haute.

Elle n'est pas apraxique et exécute correctement les gestes demandés oralement ou par écrit. Les praxies verbales sont intactes. La répétition des mots est correcte et ne s'accompagne d'aucun signe de désintégration phonétique. Cette conservation de la parole répétée, comme de la lecture à voix haute, est particulièrement remarquable, car elle montre bien qu'il ne s'agit pas ici d'une aphasie d'expression. La conservation de l'écriture copiée ou dictée et du dessin copié confirme cette intégrité des praxies. Chez cette malade, les

(1) Jean DELAY et A. CUEL. — Etude anatomo-clinique d'une dissolution de la mémoire avec amnésie et aphasie amnésique de Pitres. *Soc. de neurol.*, séance du 1^{er} juillet 1943.

aspects perceptifs et les aspects expressifs du langage, selon la terminologie de Jackson, sont intacts.

Le trouble porte-t-il sur le vocabulaire ? S'agit-il d'une aphasie amnésique ? Mais la malade reconnaît les objets par leur nom qui n'est pas oublié. Si l'utilisation spontanée du vocabulaire semble nulle on ne peut affirmer que celui-ci, en tant qu'instrument verbal, caractérisé par la liaison du mot à l'objet, ait disparu, puisqu'elle l'emploie quand il y a facilitation.

Nous pensons que la dissolution du langage n'est ici qu'un aspect de la dissolution uniforme de l'activité psycho-motrice. Le langage est atteint non en tant qu'instrument sensori-moteur, mais en tant qu'activité intellectuelle. D'autres épreuves confirment, en effet, le caractère automatique, instrumental, du langage de notre malade. Elle compte correctement les monnaies qui sont reconnues sans erreur notable, mais elle ne pourrait « rendre » la monnaie. Elle exécute correctement des multiplications, même de plusieurs chiffres, mais elle continue automatiquement à multiplier si on lui propose d'autres opérations, même plus simples. Elle copie correctement des formes variées, mais la reproduction sans modèle reste incomplète, comme si elle ne pouvait en fixer le souvenir. Si la reconnaissance des objets usuels, des lettres, des chiffres, est intacte, il n'en est pas de même des formes géométriques les plus simples, car celles-ci comportent un élément intellectuel, l'abstraction. Ceci est confirmé par l'examen de la reconnaissance des qualités d'un objet, lourd ou léger, transparent ou opaque, où la malade échoue régulièrement. A plus forte raison échoue-t-elle quand il s'agit de les classer en catégories. S'il y a conservation de la liaison nominale : objet concret, nom, par contre il semble bien que les liens objet-qualité et nom-qualité soient ici devenus impossibles. Or, cette association de la qualité à l'objet et par suite de l'abstrait au concret a certainement une valeur propositionnelle et notre malade semble avoir perdu la faculté de construire une proposition. Elle est d'ailleurs incapable d'affirmer ou de nier, elle n'a plus de langage actif propositionnel. Envisagé sous cet aspect, le langage est déjà une conduite, un comportement, et c'est justement ce qui, chez notre malade, est aboli.

En effet, dans le domaine moteur, nous retrouvons des troubles similaires. Marie est inerte, amémique, avec cependant une apparence d'activité due à de l'échommie, de l'échopraxie et des stéréotypies motrices déclenchées par toute incitation. Cette perte des activités, de l'initiative, est caractéristique des lésions préfrontales. Or, c'est précisément à ce niveau que nous avons trouvé, chez notre malade, des lésions importantes.

L'encéphalographie gazeuse montre une atrophie préfrontale massive. La fosse cérébrale antérieure est à demi déshabillée et une quantité d'air considérable a pris place entre le pôle antérieur et la voûte. La corne frontale du ventricule latéral est dilatée.

La *ventriculographie*, pratiquée par le docteur Puech, montre également la distension des cornes frontales des ventricules latéraux.

L'*électro-encéphalographie*, faite par Mme Lérique, a montré, dans toutes les dérivations, un tracé normal. Aucune dérivation n'apparaît plus silencieuse que les autres.

Les signes cliniques et radiologiques concordent pour le diagnostic de maladie de Pick, étant donné l'absence de tout facteur vasculaire, toxi-infectieux ou tumoral. L'examen neurologique est négatif en dehors des troubles psycho-moteurs signalés.

La maladie de Pick peut réaliser les deux types de dissolution du langage, les dissolutions neurologiques qui répondent aux formes classiques aphaso-agnoso-apraxiques, et les dissolutions psychiatriques caractérisées par l'atteinte du langage en tant qu'activité intellectuelle. Les dissolutions neurologiques sont caractérisées par l'atteinte des instruments sensori-moteurs du langage (gnosies et praxies verbales) et constituent des aphasies distinctes de la démence, tandis que les dissolutions psychiatriques en sont inséparables. Il nous paraît intéressant que ces troubles du langage, en tant que comportement, soient liés à un déficit général de l'activité et s'observent au cours d'une atrophie préfrontale massive.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — J'ai connu, à Villejuif, une malade qui a été reconnue, à l'autopsie, atteinte de maladie de Pick. Elle n'avait ni aphasie, ni apraxie, ni agnosie. Contrairement à la maladie d'Alzheimer, les malades atteints de maladie de Pick ne me paraissent pas, en effet, présenter de tels symptômes, sauf toutefois à la période grabataire (ce qui fut le cas de ma malade de Villejuif).

Je me méfierais volontiers, d'autre part, des descriptions psychologiques trop poussées à propos de telles malades et n'insisterais pas trop sur les notions de concret, d'abstrait, etc... La réalité me paraît beaucoup plus simple. La reconnaissance du rectangle, du triangle, est bien difficile pour la malade qui nous est présentée. C'est surtout une question, en matière de reconnaissance, de degré, de difficulté et d'habitude.

Pour ce qui est du *siège des lésions*, je crois qu'il y a, dans la maladie de Pick, des lésions diffuses. En dehors de l'atrophie des lobes frontaux, il me paraît bien difficile de parler de localisations.

Quant à la *fabulation*, elle est, certes, dans la maladie de Pick, peu fréquente et peu riche, contrairement à la presbyophrénie, mais elle existe, et s'accompagne d'un état d'excitation hypomaniaque et de moria, qui la rapproche plus de l'hypomanie vraie que de la presbyo-

phrénie. J'en ai publié des cas dans ces *Annales* et l'une des malades était précisément entrée avec le diagnostic d'hypomanie. Dans la presbyophrénie, le sujet est aimable, euphorique, mais sans excitation. Dans le Pick, au contraire, il est désagréable, stéréotypé.

Pour terminer, je signalerai l'intérêt de la période terminale dans la maladie de Pick. On trouve, en effet, à cette phase, de la palilalie, de l'écholalie, mais surtout un mutisme avec état aminique donnant parfois au masque un aspect de cadavre. J'attribue cette présentation plutôt à des lésions sous-corticales qu'aux lésions préfrontales.

Dans l'ensemble, il faut souligner l'intérêt psychologique considérable de la maladie de Pick, au point de vue non de l'opposition, mais de la transition entre la neurologie et la psychiatrie.

M. JEAN DELAY. — M. Guillaud a décrit des faits de lésions très localisées, frontales ou temporales, de maladie de Pick. Il est vrai qu'il s'agissait de formes prises au début.

On connaît également des faits d'agnosie. Je suis, en particulier, depuis 1935, un cas qui a débuté par une asymbolie tactile bilatérale pure et qui a évolué par la suite vers des troubles de la mémoire, puis une véritable démence. Dans ce cas, il s'agissait bien, au début, pour tout symptôme, d'une agnosie. On connaît également des cas d'astéréognosie bilatérale massive, liés à des atrophies temporales et rapportés par les auteurs à la maladie de Pick.

M. NEVEU. — Nous avons observé un cas récent, avec mutisme et amimie (du type décrit par M. Guiraud), contractures, enfin, gâtisme.

M. GUIRAUD. — M. Delay a parlé d'atrophies temporales. On peut aller très loin dans cette voie. Je me demande, par exemple, si, dans les atrophies cérébelleuses, il ne s'agit pas souvent de maladie de Pick à début cérébelleux.

M. JEAN DELAY. — Je connais un cas d'atrophie cérébelleuse s'accompagnant de dégénération du cordon postérieur de la moelle. Ici encore, on peut se demander quelle est la parenté de ces différents troubles.

M. MARCHAND. — J'ai observé un cas récent où l'évolution s'est faite vers le gâtisme, avec affaiblissement complet et (fait rare) crises d'épilepsie.

Il faut signaler l'importance de l'atrophie dans certains cas. Cette atrophie est parfois telle que la substance blanche, réduite de moitié, n'a guère plus de 2 cm. d'épaisseur.

La séance est levée à 11 heures 45.

Les secrétaires des séances :
Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 28 Février 1944

Présidence : M. LHERMITTE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 10 janvier 1944 et le procès-verbal de la séance du 24 janvier 1944 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le D^r MENUAU qui s'excuse de ne pouvoir lire son rapport sur les candidatures au titre de membre correspondant national. Ce rapport sera lu et les votes auront lieu à la séance du lundi 27 mars 1944.

Election d'un membre titulaire non résidant

Après lecture d'un rapport de M. COLLET, au nom d'une commission composée de MM. BESSIÈRE, DEMAY, FRIBOURG-BLANC, LAUZIER et COLLET, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	19
Majorité absolue	10

A obtenu :

M. FRANTZ-ADAM 19 voix, élu

M. le D^r FRANTZ-ADAM, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de la Charleuse, à Dijon, est élu *membre titulaire* de la Société médico-psychologique.

Décès de M. le D^r Calmettes, membre correspondant national

M. J. LHERMITTE, *président*, fait part à la Société du décès du D^r CALMETTES, ancien médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Naugeat (Haute-Vienne), *membre correspondant national de la Société médico-psychologique*. Il rappelle ses travaux, en particulier ceux

faits en collaboration avec D. Anglade sur le cervelet sénile, et en 1917, en collaboration avec Cruchet et Moutier, sur les cas d'encéphalo-myélie subaiguë, ses publications aussi sur le divorce pour aliénation mentale et sur l'application aux malades atteints de troubles mentaux, de la loi sur les Assurances Sociales.

COMMUNICATIONS

Morphologie et psychiatrie (3^e note). Les profils de déviation proportionnelle, par MM. Jean DELAY et Paul NEVEU.

Dans les notes précédentes (1) nous avons montré les avantages de la notation en déviations proportionnelles des données anthropométriques, ainsi que leur intérêt pour l'appréciation des formes corporelles. Il nous a paru intéressant de schématiser nos résultats par des procédés graphiques qui permettent d'envisager d'un coup d'œil les similitudes et les différences de structure, et facilitent la recherche de leur liaison avec les facteurs constitutionnels psychotiques ou endocrinologiques.

Les schémas que nous utilisons sont de deux types : analytiques et synthétiques. Les uns mettent en évidence des caractères isolés d'un ensemble complexe ; les autres groupent un certain nombre de ces caractères pour exprimer la structure globale du sujet examiné.

1° *Les profils analytiques.* — Ils sont figurés selon un procédé graphique analogue à celui que Rossolimo a imaginé pour les profils psychologiques. Ce sont des schémas représentatifs construits en portant sur des abscisses équidistantes correspondant au caractère envisagé, la déviation en plus ou en moins du degré 0 figuré par un axe unique médian. En joignant les divers points obtenus on obtient un graphique dont l'aspect significatif est reconnu par une lecture rapide. Voici les groupements de caractères que nous étudions : profil vertical, profil transverse, profil antéro-postérieur, profil des périmètres, profil des rapports anthropométriques.

Le profil vertical indique des proportions entre les segments verticaux, les hauteurs et les distances selon qu'il s'agit du tronc, du membre inférieur ou du membre supérieur. Sa lecture

(1) J. DELAY et P. NEVEU. — Séances du 8 novembre 1943 et du 24 janvier 1944.

permet d'apprécier, par l'inclinaison du profil, le rapport du buste à la stature (indice skélique de Manouvrier), les rapports des trois étages du tronc (thoracique, thoraco-abdominal, abdominal) et de la hauteur du bassin, enfin les rapports des divers segments du membre inférieur et du membre supérieur, la prédominance d'un segment rhizomélique, intermédiaire ou acromélique apparaissant immédiatement.

Le profil transverse, figurant les diamètres bi-acromial, thoracique, hypocondriaque, bi-iliaque et bi-trochantérien, représente la forme, en quelque sorte caricaturale, du contour du tronc. Sa lecture apporte des données endocrinologiques importantes car on sait la signification qui s'attache à la variation des diamètres bi-acromial, bi-trochantérien et, pensons-nous, bi-iliaque.

Le profil antéro-postérieur, qui figure les diamètres thoracique, hypocondriaque et pelvien, exprime également l'allure de l'épaisseur du tronc.

Le profil des périmètres, au lieu d'exprimer, comme les précédents, des mensurations sur des points osseux, donne une appréciation de l'état des parties molles, en particulier de la musculature et de l'adiposité dont la répartition est ainsi schématisée par la grosseur relative du cou, du thorax, de la taille, de la cuisse, de la jambe, du bras et de l'avant-bras. Les mêmes types de profil caractérisent des types similaires d'adiposité pathologique qui apparaîtraient sans netteté à l'examen direct.

Le profil des rapports anthropométriques donne une image de leurs rapports respectifs et une appréciation assez juste, étant donné la notation employée, de leurs différences. Il met en évidence la concordance ou la discordance de rapports anthropométriques de signification endocrinologique voisine, par exemple

le rapport $\frac{\text{bi-trochantérien}}{\text{bi-acromial}}$ et le rapport $\frac{\text{tibial}}{\text{fémoral}}$.

2° *Le profil synthétique.* — C'est un mode figuratif original que nous avons mis au point après avoir abandonné les autres modes classiques en coordonnées cartésiennes ou polaires. Nous en exposerons ailleurs la théorie mathématique qui est déduite de celle des déviations proportionnelles. La réalisation en est très simple : à partir d'ordonnées correspondant aux valeurs relatives des étages et segments du normotype, on porte en abscisses les déviations proportionnelles des diamètres transverses antéro-postérieurs (ou le double des périmètres), et des hauteurs ou distances, en figurant leur somme algébrique. Le chiffre

obtenu est la déviation cubique du segment considéré. Une table permet la transformation de ce chiffre en pourcentage du segment du normotype. Les aires comprises entre les axes d'abscisses figurent approximativement l'importance respective des déviations des volumes.

La lecture de ce profil donne au premier coup d'œil une vue d'ensemble de l'hyperplasie ou de l'hypoplasie des divers segments selon qu'ils se trouvent à droite ou à gauche de l'axe vertical correspondant au degré 0. L'importance relative de la variation des divers segments est indiquée par celle des aires correspondant à ces segments. Cette variation est d'ailleurs chiffrée en regard de sa figuration. La lecture de ce profil met également en évidence la valeur relative des proportions transverses, antéro-postérieures et des hauteurs.

En somme, à un premier examen, nous voyons qu'il existe des types hyperplasiques et hypoplasiques correspondant, semble-t-il, à la classification en deux types, pyénique et leptosome. Mais les procédés que nous avons exposés permettent une appréciation beaucoup plus nuancée des structures corporelles.

Les classifications jusqu'ici proposées se fondent généralement sur un nombre très restreint de facteurs. C'est pourquoi elles ne définissent qu'un petit nombre de combinaisons qui étaient, semble-t-il, contenues à l'origine dans la manière même dont le problème était posé. C'est ainsi que si l'on considère la stature seule, il est évident que l'on observera des individus grands et petits, si l'on considère les seuls diamètres on aboutira à des types larges et étroits ou ronds et plats. Mais si l'on associe un nombre assez grand de ces facteurs, le nombre des combinaisons possibles devient considérable. Il est alors possible de mettre en évidence non pas des types hypothétiques qui pourraient exister, mais ceux dont l'observation expérimentale nous prouve l'existence. Encore fallait-il que cette observation ne fût pas faussée par l'insuffisance des instruments qu'elle met en jeu. C'est pourquoi ces préliminaires purement méthodologiques étaient nécessaires afin d'exclure toute typologie *a priori*.

Aperçus anthropométriques sur quelques types d'anormaux caractériels, par MM. J. DUBLINEAU et GOURMELON.

L'un de nous a développé ailleurs les considérations qui justifient le groupement des troubles du caractère en types structu-

raux indépendants d'étiquettes constitutionnelles trop précises. D'un côté, on trouve les sujets à penchants agressifs, impulsifs, violents et brutaux, passionnels et passionnés (type I). De l'autre (type II), les sujets à instabilité psychomotrice simple ou à déséquilibre émotif. L'intervention de facteurs spéciaux (névrotique, convulsif, pervers) ou de conditions spéciales d'évolution (facteur rythmique) assure à ces sujets des particularités psychopathologiques nouvelles, mais ces dernières gardent dans leur expression clinique le dessin de la structure initiale.

Depuis longtemps, il nous était apparu que, entre les deux groupes d'états caractériels, existaient des différences morphologiques sensibles (nous envisageons ici les sujets *adultes internés* pour troubles du caractère ou déséquilibre psychique). Nous en tenant aux données d'une appréciation morphologique visuelle, nous avons, en retenant, sur un groupe de 200 aliénés (déments et syphilitiques cérébraux excepté), les anormaux caractériels, obtenu les résultats suivants :

Pour les types morphologiques francs (c'est-à-dire présentant à l'analyse morphologique un type dominant dans une proportion de 70 % au moins) :

17 cas du type I comprenaient : 6 athlétiques, 9 pycniques, 2 asthéniques ;

2 cas du type II comprenaient : 1 athlétique, 1 asthénique.

Pour les types morphologiques irréguliers (c'est-à-dire dans lesquels la prédominance typologique est inférieure à 70 %) :

16 cas du type I comprenaient : 7 athlétiques, 6 pycniques, 3 asthéniques ;

8 cas du type II comprenaient : 4 athlétiques, 1 pycnique, 3 asthéniques.

L'étude anthropométrique confirme que les sujets du type I sont dans l'ensemble des pycno-athlétiques, les sujets du type II, dans l'ensemble, des asthéo-athlétiques.

Nous apportons ici les résultats de 31 mensurations effectuées chez cinq sujets de chaque sorte. Sans donner le détail des chiffres, qui ne trouveraient pas leur place ici, indiquons seulement ceci :

Les chiffres moyens ont été étalonnés provisoirement sur des séries d'environ 300 sujets avec calcul de l'indice sigmatique. A ces moyennes ont été comparées des séries de cas dont les critères morphologiques répondaient aux définitions, antérieurement publiées par nous (1), de l'athlétique, du pycnique, de l'asthénique.

(1) Société médico-psychologique, juillet 1943.

que. On compare le graphique individuel (calculé lui aussi en écarts réduits) aux graphiques des types. On peut faire ainsi le départ dans les résultats de ce qui appartient à chacun des trois types. Ceux qui, trop proches de la moyenne, sont peu significatifs, peuvent être considérés comme exprimant des composantes normotypiques.

Les résultats furent les suivants, considérés sur 31 mesures :

1° *Sujets du type I :*

1. — 42 ans. Alcoolisme chronique, troubles du caractère et violences, possibilité de syphilis ancienne traitée. Bourreau familial.
2. — 49 ans. Troubles du caractère, alcoolisme chronique, jalousie. 2 accès subaigus anciens. Anciennement traité pour syphilis.
3. — 36 ans. Troubles du caractère, bourreau familial, alcoolisme chronique, confusion périodique.
4. — 43 ans. Hypochondrie et jalousie chez un alcoolique, bourreau domestique.
5. — 49 ans. Troubles du caractère, bourreau domestique, alcoolisme chronique. Aortite.

2° *Sujets du type II :*

1. — 26 ans. Déséquilibre, asthénie, instabilité ; vols familiaux, crises névropathiques.
2. — 47 ans. Déséquilibre psychique, polydélinquance mineure, hypomanie, instabilité.
3. — 59 ans. Instabilité. Délinquance mineure, déchéance sociale, syphilis ancienne traitée.
4. — 35 ans. Déséquilibre, instabilité, deuxième placement, pédérastie, crises nerveuses du jeune âge.
5. — 46 ans. Déséquilibre, schizoïdie et instabilité, apragmatisme sexuel, tuberculose familiale.

a) *Cinq sujets du type I* donnent en moyenne :

9 mesures non significatives (composantes normotypiques),
 11 mesures de type athlétique,
 8 mesures de type pycnique,
 soit au total, une prédominance athlétopycnique.
 3 mesures de type asthénique,

b) *Cinq sujets du type II* donnent en moyenne :

8 mesures non significatives,
 12 mesures de type asthénique,
 7 mesures de type athlétique,
 4 mesures de type pycnique,
 soit au total une prédominance asthénioathlétique.

Les 8 indices calculés se présentent comme suit (expression en écarts réduits) :

	Type I	Type II
Indice de Pignet (1)	— 1,38 σ	— .08 σ
— du tronc (2)	+ .53	— .31
— céphalique	+ .28	+ .14
— mandibulo zygomatique	— .03	— .07
— latéro-céphalique (3)	+ .013	+ .56
— facial	— .49	— .49
— nasal	— .66	+ .57
— skélique	+ .012	+ .34

Au total :

- a) Type I : 2 indices sans signification,
 2 — de signification athlétique,
 2 — de signification pycnique,
 2 — de signification asthénique.
- b) Type II : 3 indices sans signification,
 3 — de signification asthénique,
 1 — de signification athlétique,
 1 — de signification pycnique.

En résumé, si l'on considère l'ensemble des mensurations et des indices, chez l'adulte interné pour troubles du caractère, la proportion athlétique, tant à l'examen direct qu'à l'examen anthropométrique, est la plus importante chez les sujets du type I (agressivité, violences, impulsivité passionnelle). S'y surajoute une note pycnique importante.

La note asthénique prédomine dans les états de type d'instabilité psychomotrice et de déséquilibre psychique.

En toute rigueur, les chiffres qui précèdent devraient être révisés en fonction de tables plus précises. Tels quels cependant, ils expriment un ordre de grandeur suffisamment explicite.

Il est possible dès maintenant d'affirmer que la morphologie apporte pour l'interprétation caractérologique des éléments d'information qu'il n'est guère possible de négliger.

DISCUSSION

M. H. CLAUDE. — Les travaux de M. Dublineau marquent un progrès sur les appréciations antérieures, trop souvent exclusivement intuiti-

(1) Périmètre thoracique sous-mammaire.

(2) (Diamètre thoracique transverse \times 2)

Taille

(3) (Calculé sur 4 diamètres transverses faciaux, rapportés à la taille).

ves des auteurs. Je signale dans le même esprit la communication récente de Verdun à l'Académie de Médecine. Cet auteur, utilisant tout un ensemble de mensurations, peut mettre en évidence certaines anomalies discrètes de structure et en tirer des conclusions pour l'orientation professionnelle. Je crois qu'on ne peut qu'encourager actuellement les travaux d'ordre biotypologique.

Instabilité psychique et états schizoïdo-schizophréniques.
Etude anthropométrique, par MM. J. DUBLINEAU et GOURMELON.

Dans le cadre des déséquilibres psychiques, l'instabilité représente un pôle psychomoteur, le déséquilibre émotif un pôle affectif, l'état schizoïde un pôle plus proprement névrotique.

Dans quelle mesure l'étude anthropométrique reflète-t-elle cette discrimination ? Dans l'impossibilité de trouver à l'Asile des schizoïdes purs, nous avons dû nous adresser à des sujets ayant déjà plus ou moins versé dans la schizophrénie. Nous en avons retenu cinq que nous avons comparés à cinq déséquilibrés affectivo-instables dont il est fait état dans un autre travail (1) :

Voici ces cinq sujets :

Voici ces cinq sujets :

1. — 22 ans. Syndrome hyperthyroïdien, nervosisme, asthénie, pleurésie droite ;
2. — 29 ans. Schizoïdie de l'enfance, poussées schizophréniques ;
3. — 41 ans. Asthénie, schizoïdie du jeune âge, pleurésie ancienne, évolution schizophrénique actuelle ;
4. — 33 ans. Asthénie schizophrénique, tuberculose pulmonaire ;
5. — 30 ans. Schizoïdie ancienne, schizophrénie à type asthénique simple ; tuberculose pulmonaire.

Les résultats obtenus furent les suivants (1) sur 31 mesures pratiquées :

a) Chez les déséquilibrés affectivo-instables on trouvait :

8 mesures non significatives,
 12 mesures de type asthénique,
 7 — — — athlétique,
 4 — — — pyénique,

soit au total une prédominance asthénico-athlétique.

(1) Voir : Aperçu anthropométrique sur quelques anormaux caractériels. *Société médico-psychologique*, 28 février 1944.

b) Chez les déséquilibrés schizoïdo-schizophréniques, on trouvait :

3 mesures se rapportant au type moyen (ou normotype),

13 — — — — — asthénique,

9 — — — — — pyénique,

6 — — — — — athlétique.

Au total nous nous trouvons essentiellement en présence, non plus d'asthéo-athlétiques, comme chez l'instable psychomoteur, mais d'asthéo-pyéniques.

Les huit indices (1) calculés donnent les résultats suivants :

	Type instable	Type schizoïde
Indice de Pignet	— . 08 σ	+ 1,17 σ
— du tronc	— . 31	— . 57
— céphalique	+ . 14	— . 65
— mandibulo-zygomatique.	— . 07	— 1,38
— latéro-céphalique	+ . 56	— . 42
— facial	— . 49	+ . 07
— nasal	+ . 57	+ 1,08
— skélique	+ . 34	+ . 43

Au total, on trouve :

5 indices de type asthénique, *

2 — — — — — pyénique,

1 — — — — — normotype,

0 — — — — — athlétique.

Ainsi le nombre d'indices ayant une valeur asthénique est (sur huit), de deux chez l'impulsif, de trois chez le déséquilibré instable, de cinq chez le schizoïdo-schizophrène.

Au surplus, on ne sera pas sans remarquer que, chez le déséquilibré instable, le nombre de mesures se rapprochant du type moyen était de huit. Il est ici seulement, de trois. Tout se passe comme si, à l'intervention de la note névrotique, répondait une diminution des critères anthropométriques de normalité. Faut-il voir là autre chose qu'une coïncidence? Seules le montreront des recherches ultérieures. Le point essentiel à retenir dans cette note est la formule asthéo-pyénique des états schizoïdo-schizophréniques, opposée à la participation athlétique relativement importante, observée chez le déséquilibré instable. L'interprétation de la formule anthropométrique permet donc certaines classifications secondaires dans le groupe générique très vaste des déséquilibrés affectifs à type émotionnel.

L'évolution morphologique de l'adolescent, par M. J. DUBLINEAU.

Si l'on considère chez un sujet les tendances morphologiques générales, c'est-à-dire la forme générale indépendamment de toute finesse d'interprétation, trois types de déformations peuvent être retenues comme s'écartant d'une moyenne supposée idéale : ce sont les types kretschmériens.

Nous en tenant à cette appréciation grossière, nous avons, durant l'hiver 1941-42, examiné plusieurs centaines de jeunes gens d'une école primaire supérieure, dont les âges s'échelonnaient de la 13^e à la 20^e année. Nous ne retenons parmi eux que les types francs, c'est-à-dire ceux qui, à une estimation visuelle analytique (buste, face, profil avant, profil arrière), présentaient une dominante typologique d'au moins 70 %.

La proportion des cas, par année d'âge, se répartissait comme suit :

Sur un total de 238 cas francs, nous trouvions 69 athlétiques, 123 pycniques, 41 asthéniques.

En suivant la répartition des cas par année d'âge, nous trouvions une diminution progressive du nombre relatif de pycniques (76,4 % à 14 ans contre 31,2 % à 19 ans), avec au contraire augmentation régulière du nombre des athlétiques (5,8 % à 14 ans, 50 % à 18 ans, 43,7 % à 19 ans). La proportion d'asthéniques restait, elle, sensiblement constante, oscillant entre 17 et 26 % des cas, selon les années.

Nous avons repris les examens l'année suivante dans des conditions plus précises, et, avec une expérience morphologique accrue. Les résultats, sur 899 sujets, se résumèrent dans le tableau suivant :

NOMBRE DE CAS ET POURCENTAGE

Âges	Nombre de cas Totaux	Nombre de cas Francs	Athlétiques 0/0		Pycniques 0/0		Asthéniques 0/0	
< 12 ^{ans} ,5 ^m	30	8	»	»	8	100	»	»
12,6-13,5	51	24	3	12,5	20	83,3	1	4,2
13,6-14,5	151	61	4	6,5	52	85,2	5	8,3
14,6-15,5	187	67	11	16,4	50	74,6	6	9
15,6-16,5	207	81	22	27,1	55	67,9	4	5
16,6-17,5	131	40	11	27,5	26	65	3	7,5
17,6-18,5	85	37	15	40	18	50	4	10,8
18,6-19,5	42	21	9	40	10	47,6	2	9,4
19,6 >	15	9	5	55,6	3	33,3	1	11,1
	899	348	80		242		26	

Ce tableau, qui confirme les données de l'année précédente, montre que la différenciation typologique prend une valeur significative dès quelle est envisagée en fonction de l'évolution. Le type pyénique est le type idéal de l'enfant. C'est à partir de lui que se développe le type athlétique de l'adolescent.

La formule asthénique semble, elle, plus indépendante de l'évolution morphologique. Elle semble fixée dès l'enfance à un taux qui serait sans doute à réviser par de nouvelles séries de recherches, mais dont les deux séries ci-dessus indiquent l'ordre de grandeur approximative. Il réalise un type dont la déficience éclate dès le jeune âge.

La persistance du type pyénique chez l'adulte doit être interprétée comme une persistance, au delà de l'adolescence, d'un type hypoévolué, infantile. C'est à cela qu'il faut, croyons-nous, rapporter la mobilité d'humeur du cyclothyme classique, mobilité d'humeur en fait elle-même de type assez infantile. De même, l'hyparrhénie classique du pyénique adulte, son squelette faible et ses extrémités fines, représentent autant de témoignages d'un état plutôt hyporésistantiel : l'état, précisément, de l'enfance. Cette conception du pyénique est assez éloignée de celle qui se dégage à la lecture de Kretschmer. Pour ce dernier, la mentalité syntone, qui se rattache à la pyénicité, représente au contraire le type de l'idéal social. En fait, du simple point de vue morpho-évolutif, le pyénique se révèle, moins que l'asthénique, mais dans la même ligne que ce dernier, comme un sujet de valeur fonctionnelle inférieure à la normale.

Nous avons primitivement pensé que l'idéal morphologique se trouvait dans une association pyéno-athlétique. En fait, l'analyse des moyennes anthropométriques obtenues sur d'autres séries d'adultes, associée à un examen morphologique plus rigoureux, nous a montré qu'il fallait distinguer du pyéno-athlétique un *normotype* vrai, caractérisé par l'harmonie générale de la forme, la régularité ovalaire du masque, la régularité des profils (type ovoharmonique) (1). Ce type figurera dans des statistiques ultérieures. Il prend, lui aussi, sa plénitude entre la 15^e et la 18^e année et se caractérise par un achèvement plus poussé de la forme, qui toutefois n'atteint pas les différenciations excessives de l'athlétique.

La statistique présente s'appuie uniquement sur des appréciations visuelles. Il lui manque donc le contrôle du chiffre. En fait, l'expérience nous a montré que l'anthropométrie confirme l'im-

(1) Voir *Société médico-psychologique*, juillet 1943.

pression générale que l'on peut avoir d'un sujet. Elle apporte surtout des éléments de finesse dans l'interprétation des mélanges qui viennent nuancer l'étude de la « proportion typologique ». Nous nous croyons donc autorisé à faire état des données précédentes et à en tirer des conclusions.

En résumé, à partir du pyénique de la 13^e année se développe, progressivement et essentiellement, le normotype. Au delà du normotype, l'excès de développement entraîne l'état athlétique, forme hyperévoluée de l'individu, avec les risques psychosomatiques nouveaux liés à son hyper-résistance. En deçà du normotype, la persistance adulte du type pyénique doit être interprétée comme une formule d'hyporésistance relative et une persistance à l'état adulte, de l'indifférence prépubérale. Plus en deçà encore se situe le type asthénique, forme hyporésistante maximale.

La visite à la maison de santé, symptôme prémonitoire d'un accès maniaque, par M. MEURIOT.

Alors que je dirigeais à Passy l'asile privé d'aliénés fondé par le docteur Blanche, j'avais eu l'occasion d'y recevoir pour des accès maniaques une Mme S. P., âgée d'une cinquantaine d'années environ, du 5 décembre 1902 au 17 janvier 1903 et du 30 janvier 1903 au 20 avril 1903, cette dernière fois placée d'office. Je n'avais depuis lors eu d'elle aucune nouvelle lorsque le 19 juin 1908, c'est-à-dire cinq ans après sa dernière sortie, je recevais sa visite. Elle m'apportait des jouets pour mes enfants. Un peu surpris, car cette date du 19 juin ne correspondait à aucun anniversaire de mes enfants, qu'elle ne connaissait d'ailleurs pas, je causai longuement avec elle pour essayer de trouver quelque symptôme d'une nouvelle manifestation morbide autre que cet apport insolite de cadeaux, j'en fus pour mes frais : elle était parfaitement calme et posée.

Or, le lendemain même, son gendre me téléphonait pour me demander de reprendre sa belle-mère qui était à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, venant de se faire arrêter sur les boulevards où elle se promenait en pantalon et veste de toile bleue de couvreur et en casquette. La malade était en pleine excitation maniaque lorsqu'on me l'amena, déclarant qu'elle descendait de Louis XVI et qu'elle détenait un parchemin qui démontrait cette filiation, etc.

Elle sortit guérie de son accès le 7 octobre de la même année.

Mais elle fit un nouveau séjour dans ma maison de santé du 5 novembre 1911 au 13 février 1912.

Cet incident m'était sorti de la mémoire quand il me fut rappelé ces jours derniers par un fait analogue.

J'avais eu en séjour l'an dernier dans ma maison de santé du Bel Air, pendant sept mois, une personne atteinte d'une grave affection cardiaque ; elle était accompagnée de sa fille, âgée d'une vingtaine d'années, très enfant gâtée et exubérante, qui avait pris du fait de la maladie de sa mère l'habitude d'affirmer son autorité. Ces dames étaient parties à la suite d'un incident d'ordre administratif plutôt fraîchement et j'ignorais ce qu'elles étaient devenues. Or, le 3 février dernier, c'est-à-dire huit mois après son départ, je recevais un coup de téléphone de la jeune fille m'annonçant qu'elle viendrait ce même jour me demander à déjeuner, ayant disait-elle des choses importantes à me dire.

Elle arrivait en effet, les bras chargés de gerbes d'œillettes pour la directrice, et quelques personnes qu'elle avait connues et m'annonçait la mort de sa mère, survenue quelques jours auparavant, et ses fiançailles avec un jeune homme qu'elle avait connu pendant son séjour à la Maison de Santé. La première nouvelle était vraie, la seconde purement imaginaire. Pendant les deux heures passées au Bel Air, elle s'est montrée d'une grande exubérance et d'une loquacité intarissable. Quatre jours après, un coup de téléphone m'informait que sa famille avait dû prendre des mesures énergiques à son égard car elle faisait du scandale et surtout tenait en public des propos susceptibles de la faire arrêter, et elle m'était amenée en pleine crise maniaque avec une grande excitation intellectuelle et une certaine agitation motrice.

Je ne sais si semblables faits ont été déjà observés. En tout cas, il m'a semblé intéressant de vous communiquer ces deux observations. Comment expliquer ce retour du malade dans la Maison de Santé où il a fait un séjour, si ce n'est par une sorte d'aura inconscient déclenchant un besoin de chercher aide et protection contre l'atteinte imminente de la maladie.

DISCUSSION

M. BEAUDOUIN. — Parmi les malades que nous avons suivies, et que nous invitons à revenir nous voir, nous trouvons beaucoup d'excitées qui seraient, elles aussi, à la limite d'un réinternement au moment où nous les revoyons.

M. LIERMITTE. — On rapprocherait volontiers ce retour du cas du criminel dont on a décrit les pulsions à venir rôder autour du cabinet

du juge d'instruction. On pourrait également citer le cas de ces malades qui ont la terreur de la maison de santé et qui, néanmoins, se sentent comme poussés à venir consulter le psychiatre.

Cette pulsion est d'ailleurs parfois d'un effet heureux pour le malade lui-même. J'ai rapporté naguère le cas d'un sujet sorti de la maison de santé et qui, voulant se présenter dans une banque, était allé voir un ophthalmologiste pour une ordonnance de lunettes, dans l'idée que « des lunettes feraient plus sérieux ». Or, à l'examen, l'ophthalmologiste eut la révélation d'une stase pupillaire massive : il s'agissait d'un méningiome, qui fut opéré avec succès.

La crise tensionnelle de l'épilepsie électrique, par MM. Jean DELAY, J.-L. PARROT et LUQUET.

Depuis deux ans nous avons étudié systématiquement les variations tensionnelles du post-électro-choc. L'hypertension artérielle a été expressément signalée dès les premières recherches de Cerletti, Bini et Puddu. Récemment, le professeur Euzière et ses collaborateurs ont consacré à ce sujet une remarquable étude. L'hypertension artérielle est un des phénomènes majeurs du post-électro-choc mais en pratiquant des mesures et des enregistrements graphiques chez l'homme (sur 150 malades) et chez l'animal (chien) dans les secondes, les minutes, les heures, les jours qui suivent l'électro-choc, nous avons constaté que cette crise hypertensive n'est qu'un des éléments d'une variation tensionnelle complexe.

La chronologie des variations tensionnelles peut être en règle générale schématisée de la façon suivante : 1° une phase d'hypotension initiale, très brève, d'une durée de quelques secondes, décelable seulement sur les enregistrements graphiques, en rapport avec la bradycardie et même l'arrêt du cœur ; 2° une phase hypertensive qui peut n'être déclenchée que soixante à cent soixante secondes après la fin de la crise clinique, donc après un temps de latence relativement considérable, bien qu'habituellement cette poussée d'hypertension artérielle puisse être observée immédiatement après la fin de la phase clinique ; 3° une phase d'hypotension secondaire qui succède à la phase d'hypertension et peut n'atteindre son maximum qu'après plusieurs heures et parfois se prolonge pendant deux et même trois jours.

L'hypertension artérielle s'observe dans 95 % des cas ; dans 5 % des cas elle ne se produit pas ou fut remplacée par de l'hypotension. Ces cas répondraient à des à-coups d'hypertension

émotive avant le choc, élevant brusquement la tension artérielle au-dessus de son niveau habituel. Ainsi J. A., 22 ans : tension artérielle habituelle : 14-8 ; tension artérielle avant choc : 18-10 ; tension artérielle après choc : 18-10. Mais lorsque chez ces mêmes malades, lors d'une séance ultérieure d'électro-choc, l'à-coup d'hypertension émotive fait défaut, l'hypertension habituelle au post-électro-choc se manifeste régulièrement. L'hypertension porte surtout sur la tension maximale dont l'augmentation varie dans les limites suivantes : moins de 2 cm. de Hg. : 45 % ; de 2 à 4 : 31 % ; de 4 à 6 : 17 % ; de 6 à 8 : 6 % ; au-dessus de 8 : 1 % ; dans un cas elle a atteint 13 cm. de Hg. — Rib., 64 ans, tension artérielle avant électro-choc : 15-8 ; après électro-choc : 28-10. Les plus grandes variations tensionnelles s'observèrent chez les sujets préalablement hypertendus et à tension artérielle instable avant l'électro-choc. La durée de cette hypertension est variable mais n'excède pas en général quatre minutes, la tension artérielle revient au voisinage de la pression initiale puis lentement apparaît une hypotension.

L'hypotension artérielle succède à l'hypertension. Elle atteint son maximum, dans 60 % des cas, une heure après la crise hypertensive. Elle n'excède pas en général 2 à 3 cm. de Hg., mais nous l'avons vu atteindre 8 cm. de Hg. Cette hypotension est *prolongée*. Dans maintes observations, nous l'avons vu se prolonger plusieurs heures et même deux et trois jours. Ces faits sont à rapprocher des constatations anciennes de Féré qui observa une hypotension de huit heures après une crise d'épilepsie spontanée avec hypertension. Parot, après une crise de migraine avec hypertension, a observé une hypotension prolongée pendant trois jours. Chez certains hypertendus soumis à des électro-chocs tri-hebdomadaires, la tension artérielle s'est maintenue au voisinage de la normale pendant toute la durée du traitement (réserve faite pour le paroxysme hypertensif qui suivait immédiatement les séances), puis, trois jours après le dernier électro-choc, elle est revenue à son chiffre initial.

L'hypertension artérielle jointe à d'autres manifestations neuro-végétatives permet de décrire un syndrome sympathique de post-électro-choc (Delay et Soulaïrac). Mais il ne s'ensuit nullement qu'il y ait excitation du seul système sympathique. L'hypotension initiale et l'hypotension secondaire témoignent d'une excitation vagale ; d'autre part, en effectuant des électro-chocs sur le chien soumis à des parasympathicomimétiques (ésérine), nous avons récemment montré à la Société de Biologie que la crise hypertensive est alors remplacée par une crise hypoten-

sive. Le syndrome sympathique de l'électro-choc traduit une excitation sympathique prédominante mais nullement exclusive d'une excitation vagale concomitante, qui peut être mise en évidence par des artifices expérimentaux.

Fait capital, lorsque par l'électro-choc on détermine une absence et non une crise convulsive, la crise hypertensive ne s'en produit pas moins avec tous ses caractères. La crise hypertensive est donc indépendante de la crise convulsive et fait partie de l'ensemble des phénomènes neuro-végétatifs qui traduisent à notre avis l'action de l'électro-choc sur les centres neuro-végétatifs de la base du cerveau et spécialement de l'hypothalamus.

Quelle que soit l'intensité des variations tensionnelles nous n'avons jamais constaté jusqu'ici d'accident clinique, même chez des malades préalablement hypertendus, néanmoins, sauf cas exceptionnel, nous continuons à considérer la grande hypertension artérielle comme une contre-indication à l'électro-choc.

DISCUSSION

M. DUBLINEAU. — L'étude des variations tensionnelles au cours de cet état majeur qu'est l'électrochoc est instructive, non seulement pour ce dernier, mais pour l'étude des états mineurs que représentent les colères de l'impulsivité passionnelle. Ici aussi on observe de brusques poussées paroxystiques et cette variabilité tensionnelle, que nous avons relevée naguère avec Duchêne (*Encéphale*, 1939-1940), explique certainement une partie des troubles du caractère et du comportement de ces sujets.

M. LIERMITTE. — 1° Je relève que sur les courbes il y a essentiellement une augmentation systolique. Or, dans les états pathologiques graves du cœur, c'est surtout la tension diastolique qui est importante. On comprend donc, comme le signale M. Delay, le peu de risque que présente l'électrochoc ; 2° pour ce qui est de la pathogénie de l'hypertension, je signalerai les expériences (antérieures à 1914) de Karphus et Kreyt, et d'Aschner, dans lesquelles une excitation électrique de l'infundibulum amenait des troubles cardio-vasculaires importants.

Avec M. Claude, j'ai, de mon côté, naguère, observé un kyste du 3^e ventricule qui s'accompagnait de troubles vasculaires. Également avec M. Trémolières, je me rappelle avoir étudié un cas, qui apportait à la question des arguments plutôt anatomo-cliniques. Il s'agissait d'un zona récidivant de la face (d'autres diront : herpès, mais peu importe en la circonstance). Les lésions se manifestaient tantôt à droite, tantôt à gauche. Parallèlement à ces apparitions, on notait une augmentation de la tension artérielle.

Or, à l'autopsie, on trouvait, dans la région trigéminal, un ganglion de Gasser excavé, avec des lésions d'infiltration du ganglion de Gasser, peut-être de type syphilitique, peut-être seulement dues au zona ou à l'herpès. Quoi qu'il en soit, il semble bien que l'élévation de la tension artérielle ait été là en rapport avec des poussées d'excitation de la sphère trigéminal.

Il y aurait intérêt à comparer ces faits avec ceux du choc cardiazologique où l'on observe, contrairement à l'électrochoc, des accidents cardiaques.

M. Jean DELAY. — Karphus et Kreyll ont signalé, vers 1910, avec l'excitation électrique de l'hypothalamus, non seulement des troubles circulatoires, mais encore tout le syndrome sympathique réalisé par l'électrochoc, jusques et y compris l'hyperglycémie.

Il y a donc ressemblance expérimentale entre les deux états de faits.

Encore tout récemment, des auteurs américains ont insisté, dans la régulation cardiovasculaire, sur le rôle capital de l'hypothalamus.

La séance est levée à 16 h. 45.

Le secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 4 novembre 1943

Sur un cas d'épilepsie du moignon, par MM. DAVID et CARROT.

Présentation d'un blessé ayant, depuis sept ans, une épilepsie du moignon et chez lequel une radicotomie de C5 à C8 a fait disparaître les secousses et les douleurs, après échec de la stéllectomie, de l'artériectomie, des infiltrations et des résections de neurones. La radicotomie fit disparaître la sensation de membre fantôme, sauf sur le bout des doigts et le creux de la main, peut-être parce que D1 avait été conservé. La radicotomie fit aussi cesser immédiatement un syndrome paradoxal d'hémisudation faciale consécutif à la stéllectomie. Des modifications de l'électro-encéphalogramme portaient essentiellement sur la zone sensitivo-motrice correspondant au bras absent. Il n'est pas impossible que l'hyperexcitation médullaire ne soit pas seule en cause dans la production des secousses du moignon et que la participation corticale puisse être considérée comme un phénomène de diffusion ou une répercussion des influx douloureux.

Epilepsie réflexe, par M. ANDRÉ-THOMAS.

Présentation d'un sujet atteint, depuis quinze ans, de syphilis cérébrale se traduisant actuellement par une hémiparésie droite, avec hypoesthésie superficielle et profonde, perte de la discrimination tactile et astéréognosie, de la dysarthrie et un signe de Babinski bilatéral. En excitant certaines zones de l'hémiface droite, l'hémivoile ou la plante du pied, on déclenche des clonies, puis si l'excitation persiste, une crise Bravais-jacksonienne typique.

La symptomatologie nerveuse du botulisme, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et DURPT.

A propos d'une observation, les auteurs insistent sur quelques particularités de la symptomatologie nerveuse du botulisme qui la rendent pres-

que pathognomonique. La toxine a une affinité spéciale pour certaines parties du système nerveux : le système végétatif (comme en témoignent la sécheresse de la bouche, la dysphagie, la constipation, la rétention par paralysie vésicale, la paralysie de l'accommodation et la mydriase paralytique) et les neurones moteurs périphériques des globes oculaires et des membres, surtout des groupes proximaux. La dysphagie est le symptôme dominant et est d'origine œsophagienne comme le prouve l'arrêt de la baryte à l'extrémité supérieure de l'œsophage.

Retentissement de la pyrèthérapie sur les lésions nerveuses,
par MM. ALAJOUANINE, THUREL et RICHET.

Dans plusieurs cas de sclérose en plaques traités par un lysal-vaccin, les auteurs ont noté l'accentuation des symptômes et l'apparition de symptômes nouveaux. Il ne s'agit pas de lésions nouvelles créées de toutes pièces par le vaccin, mais de modifications de lésions pré-existantes non par réveil évolutif, mais par réactions vaso-motrices. Que ces réactions focales soient utilisées pour le diagnostic ou le traitement, la plus grande prudence s'impose car, si le retour à l'état antérieur est habituel, il n'est pas impossible que ces réactions favorisent le développement d'une poussée évolutive.

Séance du 2 décembre 1943

Ostéite fibro-kystique localisée à une vertèbre,
par M. SORREL et M^{me} SORREL-DÉJERINE.

Observation d'un enfant qui présentait des douleurs puis une paraplégie par compression. La 6^e dorsale avait au début un aspect cannelé, puis s'effondra, et une masse se développa sur son côté ; à l'intervention, on trouva les lames et l'apophyse épineuse creusées de cavités remplies de sang et la dure-mère très vascularisée. La radiothérapie fut instituée après laminectomie et la paraplégie régresa complètement, tandis que les lésions osseuses se recalcifiaient. La guérison persiste depuis dix-huit mois. La biopsie a montré qu'il s'agissait d'ostéite fibro-kystique.

Syndrome de Kojewnikow, séquelle d'encéphalopathie infantile,
par MM. MICHAUX, GALLOT et M^{lle} GRANIER.

Les auteurs rapportent un cas d'épilepsie partielle continue, séquelle d'une encéphalopathie (traumatisme obstétrical chez un hérédo-syphilitique) que l'encéphalographie gazeuse a objectivée en montrant l'atrophie de l'hémisphère. Comme dans les cas de M. Souques, le gardénal atténue les crises jacksoniennes mais n'influence pas les secousses cloniques interparoxystiques.

Neuro-épithéliome du sciatique,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, LHERMITTE et COCHEMÉ.

Les auteurs rapportent un cas de neuro-épithéliome qui, par exception, avait un siège périphérique. Une malade de 19 ans présentait une tumeur de la cuisse avec douleurs et paralysie du pied. L'opération montra une tumeur très étendue de la loge postérieure de la cuisse et la désarticulation de la hanche dut être pratiquée. Le pronostic de ces tumeurs est très sombre.

Un nouveau cas d'hypersomnie rythmée par les règles,
par MM. LHERMITTE, HÉCAËN et BINEAU.

Observation d'une femme de 24 ans chez laquelle des crises de sommeil prolongé apparaissent au moment des périodes menstruelles, accompagnées de signes neurologiques frustes, qui permettent d'affirmer leur organicité. Ces crises rythmées, dont les auteurs ont déjà rapporté des exemples, sont bien différentes des attaques narcoleptiques et ne s'accompagnent pas d'autres manifestations mésodiencephaliques.

L'anxiété hypothalamique, par M. J. DELAY et M^{lle} JOUANNAIS.

M. J. Delay et M^{lle} Jouannais présentent une malade atteinte d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique fruste, de crises d'épilepsie tonique et de crises d'anxiété paroxystique à début et fin brusques. L'épreuve au seopochloralose déclencha à la fois un syndrome parkinsonien typique, une crise d'anxiété paroxystique et une hallucinose visuelle. Toutes ces manifestations sont l'expression de lésions du mésodiencephale post-encéphalitiques.

De quatre observations analogues, les auteurs concluent que ce syndrome traduit une réaction d'alarme des centres neuro-végétatifs hypothalamiques. Le pronostic est très réservé. Une malade est morte subitement au cours d'une crise, l'autopsie n'a montré que des lésions hypothalamo-pédonculaires. Le sulfate d'atropine en injection a une action remarquable sur ces raptus anxieux.

Remarques sur deux anencéphales,
par MM. ANDRÉ-THOMAS, LEPAGE et M^{me} SORREL-DÉJERINE.

Pendant les quelques heures de leur survie, les auteurs ont étudié deux anencéphales protubérantiels. Chez l'un, l'attouchement sans compression de la poche crânienne provoquait une crise de flexion brusque des bras suivie d'un relâchement lent. Dans les deux cas, on notait des mouvements adaptés de la tête, se dérochant à certaines excitations. La succion et la déglutition étaient possibles chez l'un, nulles chez l'autre. Ces différences chez des anencéphales ayant une malformation en apparence au même niveau s'expliquent par l'existence de lésions importantes des centres subsistants.

Kyste séreux géant de la convexité, par MM. CHAVANY, PLUVINAGE et FELD.

Les auteurs rapportent le premier cas français de cette affection, appelée par Dandy hydrome, véritable réplique séreuse de l'hématome sous-dural

chronique. Un enfant de 10 ans présentait depuis un an un tableau d'hypertension intra-cranienne sans signes de localisation. La ventriculographie montrait le déplacement latéral du système ventriculaire et l'injection par l'air d'une cavité allant du pôle frontal au pôle occipital de l'hémisphère droit. L'intervention montra une cavité kystique avec membrane clivable sur ses deux versants, dural et arachnoïdien.

12 cas de méningo-encéphalite à caractère contagieux et épidémique survenus dans la région de Vitry-le-François pendant l'été 1942, par M. COCHEMÉ.

M. Cochemé rapporte douze cas d'un syndrome à début brusque se traduisant par de la céphalée, de la rachialgie, du nystagmus, de la diplopie et parfois des myoclonies. La fièvre, d'abord élevée, tombait rapidement. La guérison survenait en une dizaine de jours. Il y avait une légère hyperalbuminose rachidienne sans leucocytose. L'auteur se demande s'il ne faut pas rapprocher ces cas des leptospiroses à *L. grippo-typhosa*.

Paralysie périodique de la III^e paire évoluant par poussées douloureuses depuis 15 ans, par M. DEREUX (de Lille).

Electronystagmographie, par MM. BAUDOUIN et R. CAUSSÉ.

MM. Baudouin et R. Caussé utilisent depuis plusieurs années la différence de potentiel cornéo-rétinienne permanente pour enregistrer le nystagmus. Seul, ce procédé permet l'étude, si importante du point de vue physio-pathologique, des modifications du nystagmus spontané ou provoqué par l'ouverture et la fermeture des paupières. Les auteurs décrivent les particularités du nystagmus congénital oculaire comparées à celles du nystagmus vestibulaire, l'influence de la stimulation calorique dans les deux cas, le phénomène du nystagmus latent. Ils montrent que la stimulation vestibulaire n'inhibe pas les ondes alpha de l'électro-encéphalogramme.

Crises nerveuses réflexes d'origine auriculaire; par M. BARRÉ.

Observation d'un sujet de 49 ans atteint depuis l'enfance d'otite chronique gauche qui présente, depuis quinze ans, des crises débutant par une douleur en éclair dans le pied suivie d'une gêne dans les membres gauches. Très vite, le malade se fige, la tête appuyée sur le sternum. Après deux à huit heures, il s'assoupit peu à peu, conservant une céphalée violente et une tendance à se déporter vers la gauche. Après la crise, on note un signe de Babinski et des signes pyramidaux déficitaires. Il existe en permanence des troubles vestibulaires instrumentaux. L'auteur résume un deuxième cas analogue de ces crises nerveuses, d'origine auriculaire.

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 29 janvier 1944

Présidence : M. C. HENNEBERT

Etudes sur les voies vestibulaires centrales, par M. J. van LAERE.

L'auteur a réalisé chez le lapin des lésions des différents noyaux vestibulaires, et des lésions du faisceau longitudinal postérieur à divers niveaux, afin de préciser les connections vestibulo-médullaires, vestibulo-oculaires et vestibulo-thalamo-striées. A la lumière de ses résultats, il interprète les réactions observées en physiologie et confirme notamment dans leur ensemble les hypothèses de Muskens. Les mouvements de rotation et de manège observés sont des phénomènes de prédominance et non de déficit. Il y a prédominance du système sain, grâce aux convections croisées. Sur les voies vestibulaires centrales, les réactions sont dissociées en raison de l'épanouissement du faisceau longitudinal postérieur.

Pathogénie et essai de prévention des abcès pulmonaires au cours de la convulsivothérapie, par M. J. TITECA.

L'abcès pulmonaire est une complication relativement rare de la convulsivothérapie par le cardiazol ou l'électro-choe, mais elle est généralement grave.

Le passage dans la trachée de mucosités septiques provenant de la bouche en est la cause probable. L'hygiène de la bouche et des dents des malades soumis à ces traitements doit être bien surveillée, mais il convient également de favoriser la déglutition normale des mucosités qui se forment. Or, le talon de caoutchouc qu'on place généralement entre les dents pour empêcher la morsure de la langue entrave la déglutition en maintenant la bouche ouverte. Le placement du malade en position déclive n'est pas une précaution suffisante. Il y a lieu de remplacer le talon de caoutchouc par un linge solide qui, tout en maintenant la langue contre le plancher buccal, permet la fermeture de la bouche.

Méningiome de la 3^{me} frontale, par M. L. ECTONS.

Relations de trois cas à peu près superposables, dans lesquels il y avait hémiparésie homolatérale précoce, symptômes mentaux précoces et déve-

loppement considérable de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne. La cause de l'hémiparésie homolatérale réside dans la pression du pédoncule hétéro-latéral contre l'artère libre de la tente du cervelet. Une pression venant de l'extérieur au niveau de la 3^e frontale semble nécessaire pour réaliser ce syndrome. L'auteur compare ses observations aux cas d'hémiplégies homolatérales signalés dans la littérature.

Fausse anorexie mentale par rétrécissement œsophagien méconnu,
par MM. J. SCHUERMANS et J. TITECA.

Relation du cas d'une jeune femme qui, depuis l'âge de 18 ans, présentait périodiquement des crises d'anorexie, survenant chaque fois brusquement et durant quelques heures à quelques jours. La malade avait été admise en clinique psychiatrique pour une anorexie qui durait depuis quarante jours et que son médecin traitant qualifiait de mentale. La radiographie mit en évidence une obstruction totale de l'œsophage. On retira de celui-ci un noyau de cerise qui le bouchait au niveau d'un rétrécissement ancien, lésion méconnue qui expliquait les crises d'« anorexie ».

Papille de stase et glaucome, par M^{me} C. BEGAUX et M. L. ECTORS.

Les auteurs rappellent les théories en présence relatives au mécanisme de la papille de stase, et relatent un cas particulièrement intéressant, qui montre que l'augmentation de la pression intra-oculaire empêche la formation de la papille de stase. Celle-ci dépend de la rupture de l'équilibre entre la pression du liquide céphalo-rachidien, la pression veineuse et la pression intra-oculaire. Il s'agit d'un sujet atteint de papille de stase bilatérale, sans cause décelable au début, et qui fit brusquement un glaucome aigu de l'œil gauche. On vit disparaître la papille de stase de ce côté, tandis qu'elle continuait à augmenter du côté opposé.

Ultérieurement, apparut une hyper-réflexivité tendineuse homolatérale à la lésion cérébrale, et la radiographie montra un développement exagéré de la branche antérieure de l'artère méningée moyenne.

L'intervention permit l'ablation d'un méningiome de l'aile du sphénoïde, très développé au niveau de la 3^e frontale.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

HISTOIRE DE LA MEDECINE

Constantin l'Africain et l'anatomo-physiologie des centres nerveux,
par M.-A. SOUQUES (*Revue neurologique*, janvier-février 1943).

Constantin, l'Africain qui, après avoir abjuré l'Islam, devint bénédictin à l'Abbaye du Mont-Cassin, où il mourut en 1087, a laissé une vingtaine d'ouvrages de médecine écrits en latin. Ces ouvrages, qui témoignent de connaissances médicales étendues, ont ramené en Italie la médecine grecque chassée par les invasions barbares et réfugiée en Asie, d'abord en Syrie, puis en Perse et enfin chez les Arabes. La plupart sont des exposés, des commentaires de traductions d'arabe en latin. L'un des chefs de l'Ecole de Salerne, Constantin l'Africain, a constitué ainsi la source où les médecins du Moyen Age puisèrent leurs connaissances et, en particulier, leurs connaissances anatomiques et physiologiques des centres nerveux.

C'est une traduction personnelle du texte latin consacré à la description de ces centres que M. Souques donne d'abord dans cette intéressante étude historique et critique. L'auteur y traite successivement de la constitution particulière du cerveau, de la moelle épinière, des nerfs, des facultés de l'âme, des esprits, de la sensation, des accidents des sens, du mouvement volontaire.

M. Souques fait remarquer que si ce texte contient des vérités et des erreurs, ni les unes ni les autres ne sont dues à l'auteur, ou aux médecins arabes : elles sont dues aux Grecs. On y voit en particulier que les Grecs avaient posé le problème des localisations cérébrales. Pour que survienne, dans cette anatomo-physiologie, des changements importants, il faudra attendre les xvi^e, xvii^e et xviii^e siècles.

C'est à Constantin l'Africain, représenté d'ailleurs sur la fresque du grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris parmi 56 médecins illustres, que revient le mérite d'avoir fait connaître à l'Europe la médecine arabe, ou plus exactement d'y avoir fait revenir la médecine grecque. Pendant

une éclipse de plus de six siècles, les Egyptiens, les Persans et les Arabes avaient conservé les enseignements de la science grecque et particulièrement ceux concernant la chimie et la médecine. C'est ce qui ressort clairement de l'exposé très documenté et très intéressant de M. Souques.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

La rêverie imageante. Conduite adaptative au test de Rorschach, par le Dr D. LAGACHE, directeur de l'Institut de psychologie de Clermont-Ferrand (*Bull. d'orientation professionnelle*, décembre 1943).

Confrontant avec d'autres épreuves les résultats fournis par le test de Rorschach, M. D. Lagache conclut que la valeur diagnostique de ce test suppose des recoupements avec d'autres données et une grande expérience psychologique.

C'est à juste titre que l'on définit les taches comme une réalité inconnue et que l'on souligne la part de la « subjectivité » dans l'interprétation (Mme Loosli-Ustéri). Mais, ajoute M. D. Lagache, il est inexact de ramener à la perception la conduite que le test sollicite de la part du sujet. « La suggestion implicite de la situation, la question silencieuse du matériel invitent à l'adoption d'une conduite imageante et déréalisante. » Les taches de Rorschach invitent à une « rêverie imageante », et cela dans une situation spéciale, situation d'examen. Ce que le Rorschach met à l'épreuve, c'est l'aptitude à jouer. Il n'est pas suffisant de définir la nature du matériel comme une « réalité inconnue ». C'est là, certes, un de ses attributs essentiels, mais c'est une définition négative. En fait, les taches de Rorschach sont des « images d'images ». Pour M. D. Lagache, l'essence du Rorschach, c'est l'appel à la rêverie et au jeu.

Il s'agit alors de savoir pourquoi il est instructif de solliciter avec des taches d'encre, qui sont des images, l'aptitude du sujet à la rêverie imageante. C'est que le test de Rorschach fait appel à la souplesse d'adaptation qui permet d'adopter, en face de chaque situation, une conduite adéquate, en descendant même, si c'est opportun, à des conduites de niveau inférieur. Il ne suffit pas d'être intelligent, d'avoir une vie intérieure riche et nuancée, il faut encore pouvoir y puiser, triompher, le cas échéant, de conflits affectifs, de « résistances », de « mécanismes de défense ». La diversité d'attitude qui se reflète dans les divers aspects du Rorschach traduit l'opposition entre la libération fonctionnelle, d'une part, et, de l'autre, le contrôle et l'inhibition. Cette polarité a une portée biologique et psychologique générale ; on peut la considérer comme l'une des principales « catégories » de l'anthropologie contemporaine.

En dernière analyse, l'axe de l'interprétation des résultats du Rorschach, c'est la détection des résistances à la rêverie imageante. La liberté ou la réserve à l'égard du test sont les indices de l'attitude du sujet par rapport à sa vie intérieure. L'image d'ensemble que trace le psychologue se trouve donc ordonnée autour de l'affectivité. Le test apparaît comme une technique de psychologie en profondeur.

L'ampleur et la profondeur des enseignements que l'on en peut tirer ne doivent cependant pas en faire surestimer la valeur, écrit en terminant M. D.

Lagache. Les renseignements qu'il donne sur les aptitudes intellectuelles du sujet ne rendent pas inutile le recours à des tests d'intelligence. Plus évidente encore est la nécessité de tests d'adaptation à la réalité, en particulier de tests manuels faisant appel à l'adaptation mentale et sensorimotrice à la réalité. La confrontation des résultats permet d'établir une image d'ensemble qui acquiert d'autant plus de vérité et de précision que ses contacts avec le concret sont plus nombreux. C'est appliquer, avec plus de souplesse clinique, le principe du profil psychologique.

René CHARPENTIER.

Les paradoxes du Binet-Simon, par René ZAZZO, assistant au Laboratoire de psycho-biologie de l'enfant à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, chef de laboratoire à l'Hôpital Henri-Rousselle (*Bull. d'orientation professionnelle*, décembre 1943).

Les principales techniques de la psychologie appliquée dérivent du test de Binet-Simon et, écrit M. René Zazzo, c'est encore à lui, à ses erreurs comme à ses vérités, que nous sommes souvent redevables des notions qui rénovent aujourd'hui la psychologie générale. Maintenu à sa destination primitive, qui était tout simplement de déceler et de mesurer des états d'intelligence, le Binet-Simon garde toute sa valeur. Il permet de sonder beaucoup plus sûrement l'enfant, de le pousser plus facilement à son maximum que les tests non verbaux. Quant au test de Terman, dont le succès justifié tient à l'existence de ses niveaux supérieurs, à la précision plus grande de ses techniques, à la facilité de ses calculs, à l'usage du quotient intellectuel, il est d'application beaucoup plus longue que le Binet-Simon et son étalonnage n'a pas été établi pour des enfants français.

Mais les courbes établies en 1926 par Mlle Bonnis pour apporter au Binet-Simon l'équivalent des précisions que le quotient intellectuel donne au Terman ont une allure paradoxale qui résulte d'une erreur de tracé. Alors que, dans le Terman, l'ouverture des angles est d'une grandeur proportionnelle au niveau du sujet, on observe dans les courbes de Bonnis un repliement des courbes qui signifierait, en termes de quotient intellectuel, que celui-ci diminue avec l'âge.

En second lieu, les tests, trop faciles aux niveaux inférieurs, sont trop difficiles aux niveaux supérieurs. Mlle Bonnis y a remédié par un tableau de rectification devenu l'outil indispensable à toute interprétation du Binet-Simon, lignes de rectification prises pour de véritables courbes de croissance et qui traduisent alors une diminution graduelle du quotient intellectuel avec l'âge, ce qui est absurde.

Pour redonner à ces pseudo-courbes de croissance leur rôle rectificateur, il faut considérer le résultat global du Binet-Simon, non comme un âge mental, mais comme un total de points. On pourrait ensuite, à l'aide du tracé, traduire en âge mental un total de points. Mais M. René Zazzo propose, de plus, une rectification du tableau qui, cependant, ne fait pas complètement disparaître la courbure des lignes d'évolution mentale établies expérimentalement par Mlle Bonnis aux niveaux inférieurs de l'intelligence.

En somme, écrit M. René Zazzo, la marche de Terman est à l'inverse de celle de Mlle Bonnis : c'est à partir des évolutions normales connues expérimentalement qu'il a imaginé l'évolution des niveaux inférieurs. Terman n'a pas directement étalonné des anormaux. Mlle Bonnis n'a pas directement étalonné des normaux.

L'analyse graphique fait alors apparaître dans le fléchissement des courbes de Bonnis deux facteurs : 1° facteur technique, difficulté des épreuves croissant plus rapidement que les possibilités des enfants ; 2° facteur psycho-biologique, ralentissement réel du progrès dans les états d'arriération mentale. Ce fléchissement, s'il était confirmé, constituerait une difficulté essentielle entre le développement des normaux et le développement des anormaux. Les courbes exigent des vérifications ultérieures et il est nécessaire, conclut M. René Zazzo, d'entreprendre, sur plusieurs milliers d'enfants normaux et anormaux, l'établissement véritable d'un test individuel de croissance mentale.

Quatre tableaux reproduisent les courbes de développement mental établies par Mlle Bonnis et les tables rectificatives du Binet-Simon de M. René Zazzo,

RENÉ CHARPENTIER.

Les encéphalites, par Jean LÉPINE (*Diagnostics et Traitements*, mai-juin 1942).

M. Jean Lépine montre le polymorphisme des encéphalites : variétés dans la forme, la symptomatologie, l'évolution. Les symptômes sont sous la dépendance des localisations et varient avec les causes, nombreuses et souvent diversement combinées. Le tableau clinique se modifie sans cesse, sans que nous puissions expliquer ces transformations. L'importance du terrain n'est pas douteuse. « Même dans les foyers épidémiques les plus virulents, l'encéphalite choisit ses victimes. » Certains faits donnent à penser que le problème des encéphalites, ou plus exactement de l'exaltation de virulence de leurs agents pathogènes, est en partie d'ordre chimique.

Nombreuses sont les encéphalites qui ne semblent avoir entre elles d'autre point commun que la réaction anatomique, d'ailleurs variable. Elles constituent un vaste chapitre de la pathologie, ou plus encore de la physiologie du système nerveux, dont les manifestations vont de la plus bénigne jusqu'à la plus grave.

À propos des encéphalites psychosiques azotémiques, dans lesquelles l'azotémie, si utile au pronostic, « n'est certainement qu'un témoin de l'état morbide, non une cause », M. Jean Lépine signale le rôle du surmenage cérébral, d'une simple émotion même, capable chez des sujets prédisposés atteints sans doute d'une infection latente, inapparente, de déclencher l'orage infectieux.

RENÉ CHARPENTIER.

Psychoses réactionnelles, par HACQUARD et VALDENNAIRE (*Société de médecine de Naney*, séance du 24 février 1943).

Les auteurs, qui ont eu à traiter depuis l'armistice de nombreux cas de psychoses réactionnelles, mettent en évidence le rôle étiologique constant des traumatismes affectifs, le polymorphisme clinique de ces psychoses où domine toujours l'anxiété, l'évolution rapidement favorable des troubles mentaux qui ont touché plus particulièrement les femmes, des rurales surtout, jusque-là indemnes de troubles psychopathiques. La plupart de ces troubles réactionnels ne seraient pas apparus sans le bouleversement actuel.

R. C.

Psychose à thème de revendication par contagion familiale, par HAMEL et JACQUEL (*Société de médecine de Nancy*, séance du 24 février 1943).

Intéressante observation d'un malade âgé de 46 ans, schizoïde, inadapté, paisible, partageant depuis l'âge de 10 ans un délire progressif écloso chez son père. Celui-ci, actuellement décédé, a adressé plus de mille plaintes à la justice. La mère, débile mentale, exprime la même conviction délirante.

R. C.

Les états psycho-neurasthéniques (aperçus psychobiologiques et thérapeutiques), par TOYE et Michel VANEECLOO (d'Angers). *La Presse médicale*, 19 juin 1943).

Fatigué et fatigable, accablé par le moindre effort, gémissant et inquiet de son asthénie physique et mentale, impuissant et impressionnable, à vitalité réduite, aux malaises multiples, rendu inactif par son état habituel de misère physiologique et ses souffrances viscérales, le « psychoneurasthénique », déjà décrit par Hippocrate et bien étudié par Beard, doit être distingué des autres déprimés. MM. Toye et Vaneecloo rappellent les caractéristiques de ces autres états dépressifs tels que cyclothymie à forme dépressive, hypochondrie, états obsédants, états neurasthéniques du début de la paralysie générale et des états démentiels organiques. Dans la genèse de cet état, grande est la part du terrain, mais c'est l'intrication diathèse-causes acquises qui réalise le syndrome. De ces causes, la plus importante serait, pour MM. Toye et Vaneecloo, la tuberculose. Tuberculose peu ou pas évolutive, toxique, modifiant l'équilibre humoral par son action sur le foie et les glandes endocrines. D'où la nécessité d'investigations biologiques attentives et, sans négliger la psychothérapie et l'observance de règles d'hygiène mentale, nécessité d'une thérapeutique active (recalcification, acidification, détoxication, lutte contre l'insuffisance hépatique et l'hyperoxalémie, traitement de l'insuffisance surrénale et éventuellement tuberculinothérapie à doses infinitésimales par la bouche ou même, de préférence, à l'aide de scarifications cutanées).

René CHARPENTIER.

Etude biologique de 3 cas d'anorexie mentale, par Jacques DECOURT, Ch.-O. GUILLAUMIN, A. BRAULT et F. VERLIAC (*Société d'endocrinologie*, séance du 24 juin 1943).

Nombre de faits étiquetés aujourd'hui cachexie hypophysaire ou maladie de Simmonds ne sont que des anorexies mentales méconnues. Il en résulte dans la pratique de graves erreurs de thérapeutique. Les deux syndromes sont à peu près superposables, du double point de vue clinique et biologique. La dénutrition réalise la plupart des symptômes biologiques considérés comme caractéristiques de la cachexie hypophysaire, notamment : l'albaisement considérable du métabolisme basal, l'hypoglycémie, la sensibilité exagérée à l'insuline, les troubles du transit de l'eau, l'augmentation paradoxale des lipides et du cholestérol sanguin, les troubles de la sécrétion gastrique, etc. Les dosages d'hormones, l'épreuve d'Aron ne semblent pas fournir d'éléments différentiels certains. En l'absence de signes neurologiques ou radiologiques de localisation hypophysaire, il est donc très imprudent de rejeter le diagnostic d'anorexie mentale pour adopter celui de cachexie hypophysaire, et l'isolement en maison de santé sous une direc-

tion psychiatrique compétente s'impose formellement. Dans la règle, la simple reprise de l'alimentation, sans aucune opothérapie, suffit à amener la guérison.

Les auteurs indiquent d'ailleurs que, loin de s'opposer, la caehexie hypophysaire et l'anorexie mentale présentent sans doute des rapports pathogéniques. Mais l'origine purement endocrinienne est certainement très exceptionnelle.

R. C.

NEUROLOGIE

La dysphagie du premier temps. L'apractophagie, par J. LHERMITTE et NEMOURS-AUGUSTE (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 30 mars 1943).

A propos de trois observations, MM. J. Lhermitte et Nemours-Auguste isolent un trouble particulier de la déglutition portant sur le premier temps, c'est-à-dire sur la phase volontaire, et proposent de donner à ce trouble le nom d'« apractophagie ». Tout se passe comme si les sujets avaient perdu le souvenir des mouvements volontaires nécessaires à la progression du bol alimentaire de la cavité buccale vers le pharynx. Les auteurs rapprochent ce trouble des manifestations apraxiques idéo-motrices. Ils estiment qu'il s'agit vraisemblablement d'un trouble cortical. Après une demi-heure de rééducation devant écran, les malades purent de nouveau déglutir des bords alimentaires liquides ou solides.

René CHARPENTIER.

Les vertiges du vieillard, par RISER, COUADAU et PLANQUES (*Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance de mars 1943).

Etude clinique et pathogénique des vertiges dits artério-scléreux que les vieillards présentent fréquemment à côté des grands accidents vasculaires frappant le cerveau, l'œil et le labyrinthe.

Cliniquement, il s'agit d'une vague d'instabilité et, sur le plan mental, d'un obscurcissement des perceptions sensorielles, d'un ralentissement du cours des idées, d'un relâchement de l'attention que les malades qualifient souvent de « sensation de tête vide ». Ces troubles surviennent toujours en orthostatisme ; les longues attentes debout favorisent leur apparition ; souvent, c'est un changement brusque d'attitude, rotation à droite ou à gauche ou extension de la tête, qui les provoquent, quelquefois un effort, principalement à la marche et pour un nombre fixe de pas, rappelant ainsi la claudication intermittente ou l'angor d'effort. Aucun signe objectif ni neurologique n'a été relevé. Mais ce qui est commun à 10 cas particulièrement observés, c'est une tension artérielle relativement basse. A ces chiffres normaux répondent des chiffres bas de tension rétinienne entre 15 et 20. Les réactions vestibulaires restent normales, les réflexes oculo-cardiaques et les réflexes d'orthostatisme sont normaux. Par contre, dans 6 cas sur 10, le réflexe sinusal obtenu par pression uni- ou bilatérale donne des effets plus intenses ou plus prolongés que chez l'adulte. Dans un cas, l'hypotension et la bradycardie ont été enregistrées au moment d'un mouvement de rotation de la tête. On trouve donc chez ces malades une tension artérielle déjà basse qu'influe un réflexe dépresseur exagéré. Au moment de ce réflexe, la ten-

sion artérielle rétinienne s'abaisse profondément et tombe au voisinage de 0 : à ce moment précis, le malade éprouve son malaise habituel. L'impression accusée par ces malades de « tête vide » se trouve objectivée nettement par la dépression artérielle céphalique.

R. C.

L'épendymite granulomateuse, par Edouard PATRY (de Lausanne). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1943, vol. LI, fasc. 1/2 et vol. LII, fasc. 1).

On sait la fréquence des lésions aiguës et chroniques, tuberculeuses et syphilitiques de l'épendyme. Non accompagnées, en général, de symptômes spéciaux, ce sont des trouvailles d'autopsie. Généralement secondaires ou associées à des lésions des méninges, leur symptomatologie est masquée par les symptômes de méningite. A propos d'un cas, M. Edouard Patry passe ici en revue les différentes sortes d'épendymites et s'attache, en particulier, à l'étude des épendymites tuberculeuses (classification, symptomatologie, anatomie pathologique).

Il s'agit d'un cas exceptionnel d'épendymite primitive, sans méningite concomitante, mais de nature histologiquement tuberculeuse, avec tableau clinique de blocage du liquide céphalo-rachidien et d'hydrocéphalie interne, simulant une tumeur cérébrale. Homme âgé de 32 ans et en parfaite santé quelques mois encore avant sa mort. A noter également la stase papillaire, un ensemble de symptômes en imposant, pour une méningite, des symptômes de compression des centres cérébraux, et une évolution fluctuante, ondulante. La brièveté du séjour à l'hôpital n'a malheureusement pas permis tous examens nécessaires et empêche de tirer de cette observation des conclusions trop absolues au point de vue clinique.

L'examen histologique a montré un tissu de granulation que l'auteur propose de désigner sous le nom de granulome ou d'épendymite granulomateuse, en raison de ses nodules épithélioïdes, de ses cellules géantes et de sa structure macroscopique (membrane épaisse, à surface rugueuse, tapissant la totalité des parois ventriculaires). Deux follicules typiques dans la région de l'épiphyse et aux abords de la moelle.

René CHARPENTIER.

A propos du syndrome de Stokes-Adams, par MÉRIEL, de BRUX et BOLLIGNELLI (*Société française de cardiologie*, séance du 16 mai 1943).

Les auteurs rapportent plusieurs cas d'accidents cérébraux dus à l'ischémie cérébrale par arythmie extra-systolique.

R. C.

Etat de mal convulsif au cours d'un syndrome de Stokes-Adams engendré par un infarctus du myocarde, par J. VIDAL (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 juin 1943).

Observation d'infarctus du myocarde sans réaction douloureuse avec dissociation auriculo-ventriculaire et syndrome de Stokes-Adams, dont les paroxysmes convulsifs, très rapprochés, aboutirent à un état de mal qui se termina rapidement par la mort.

R. C.

Les signes pyramidaux au cours de l'épilepsie provoquée par l'électro-choc, par LÉON MICHAUX, R. LACOURBE et R. LOYEAU (*La Presse médicale*, 7 août 1943).

De ces recherches, ayant pour but d'étudier si les crises épileptiques provoquées par l'électro-choc sont susceptibles de déterminer l'apparition de signes pyramidaux et d'en comparer éventuellement la fréquence et la durée avec les observations faites dans l'épilepsie spontanée, les auteurs arrivent à des conclusions différentes de celles de MM. Perret et Nespoulous.

Le syndrome pyramidal déficitaire dont le professeur Barré a montré la grande valeur pour le diagnostic de l'épilepsie, est le plus souvent assez net pour qu'une épreuve de sensibilisation soit inutile. Et, quel que soit l'intérêt de l'électro-choc en tant qu'épreuve de sensibilisation, il n'y a cependant pas lieu d'accorder à cette épreuve une trop grande valeur, qu'il s'agisse de résultats positifs ou de résultats négatifs.

La déficience pyramidale est, chez les épileptiques, un fait d'une extrême fréquence que la crise, spontanée ou provoquée, est susceptible d'amplifier, objectivant ainsi une déficience assez fruste pour ne pas se manifester de façon permanente dans les tests de Barré. C'est l'épuisement musculaire dû à la crise comitiale qui jouerait ce rôle amplificateur d'une déficience pyramidale latente.

René CHARPENTIER.

Crises comitiales par hypoglycémie spontanée, par G. HEUYER et DESCLAUX (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 novembre 1943).

Observation d'un malade, brigadier visiteur au Métro, âgé de 45 ans, qui, montant dans une rame de voitures à la gare du Nord, tamponna une rame de voyageurs à la République : il perdit totalement le souvenir de l'accident. Il s'est retrouvé le soir à 18 heures dans une gare de banlieue, où il n'avait que faire. Le mois précédent, il avait présenté des absences comitiales typiques. Ancien syphilitique, les examens humoraux furent négatifs, sauf l'hyperalbuminose rachidienne à 0,70. La glycémie était de 0 g. 50. L'injection de 10 unités d'insuline a déterminé un coma et une crise comitiale vérifiée à l'électro-encéphalographie. Il s'agit d'une hypoglycémie spontanée ayant déterminé des crises comitiales à forme d'impulsions motrices. Les auteurs discutent l'origine pancréatique, hépatique, surrénalienne ou hypophysaire du syndrome et le rôle de l'effort musculaire dans le déclenchement de l'accident.

R. C.

Le coma hypoglycémique spontané. Etude anatomo-clinique, par J. LHERMITTE et J. SIGWALD (*Bull. de l'Académie de Médecine*, séance du 21 juillet 1942).

Les auteurs rapportent trois observations de coma hypoglycémique spontané survenu chez des sujets dont rien n'autorisait à suspecter l'atteinte d'un appareil endocrinien, coma s'installant brusquement, mortel dans deux cas, avec glycémie très abaissée. L'examen histologique a montré l'atrophie très marquée de la partie glandulaire de l'hypophyse, l'absence de cellules chromophiles contrastant avec l'abondance de la colloïde intermédiaire et même glandulaire, l'hypertrophie de la médulle-surrénale et la spongiocytose de la substance corticale, les îlots de Langerhans étant, d'au-

tre part, normaux. MM. Lhermitte et Sigwald ont tendance à penser que l'atrophie si accusée de l'hypophyse glandulaire ne peut être tenue pour négligeable dans le déterminisme de l'hypoglycémie, la cause même du syndrome étant de nature carentielle.

R. C.

Le syndrome neuro-œdémateux chez l'adulte. Névrauxite diffuse à marche lente avec anasarque et évolution mortelle, par J.-A. CHAVANY et Michel FELD (de Paris). *La Presse médicale*, 9 janvier 1943.

Syndrome décrit en 1940 par MM. Debré, Julien-Marie, Seringe et Mande, considéré comme une affection à virus neurotrope frappant les centres nerveux et spécialement les formations neuro-végétatives de la base du cerveau.

MM. Chavany et Feld rapportent l'observation d'une femme de 37 ans chez laquelle, à un processus névrauxitique fixé à la moelle pendant dix-neuf mois, succéda une « flambée cérébrale » avec signes d'hypertension intra-cranienne généralisée (céphalée, état nauséux, amaurose, obnubilation), signes localisés de souffrance de la région mésodiencephalique (hallucinations visuelles, troubles du sommeil, épilepsie tonique, troubles de l'affectivité, signe d'Argyll-Robertson), anasarque brusque à généralisation d'emblée. Les auteurs insistent sur le nombre, la qualité et le groupement des symptômes, la fixation élective des virus neurotropes sur certains centres végétatifs et concluent que le syndrome neuro-œdémateux est une entité plus anatomo-physiologique que clinico-étiologique. Ils considèrent, par contre, la maladie de Debré-Marie comme une entité morbide autonome (prédilection pour l'enfance, épidémicité, symptomatologie et évolution spéciales).

René CHARPENTIER.

Syndrome d'Adie syphilitique, par M. J. DEREUX (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 avril 1943).

A propos d'un malade présentant un syndrome d'Adie complet chez un syphilitique (Hecht positif dans le sang, hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, douleurs de type fulgurant favorablement influencées par un traitement bismuthique) héréditaire (13 frères et sœurs morts en bas-âge), M. J. Dereux insiste sur ce fait que l'étiologie syphilitique de certains cas de syndrome d'Adie ne doit pas faire oublier la notion capitale mise en évidence par Adie et, en France, par MM. Guillain et Sigwald que tous les cas de syndrome d'Adie ne sont pas d'origine syphilitique. Il faut donc, dans ces cas, s'abstenir de toute thérapeutique spécifique inutile sinon nuisible.

R. C.

Syphilis nerveuses paradoxales, par LANGERON et CORDONNIER (*Société médicale et anatomoclinique de Lille*, séance du 3 février 1942).

Les auteurs rapportent trois observations de syphilis nerveuse d'évolution anormale : un cas de tabes rapidement mortel, après une aortite correctement traitée et guérie, un cas de réactions méningées histologiques et biologiques caractéristiques ayant disparu spontanément, un cas d'apparition précoce d'une syphilis à forme de sclérose en plaques. Ils concluent

que ces observations exceptionnelles, loin de porter au scepticisme, doivent inciter au traitement précoce et énergique de la syphilis, traitement qui met à l'abri des complications nerveuses.

R. C.

Tabès, par H. ROGER et M. RECORDIER (*Diagnostics et Traitements*, novembre-décembre 1942).

En grande partie parce que la syphilis est maintenant généralement traitée activement depuis son apparition, le tabès ne se présente plus que rarement sous le tableau de l'ataxie locomotrice, observé du temps de Duchenne. Les symptômes peuvent être fort discrets et la maladie n'être diagnostiquée que lors d'un examen pour une affection intercurrente. Il ne faut pas perdre de vue que l'aréflexie rotulienne n'est pas précoce et est le plus souvent postérieure à l'aréflexie achilléenne dont l'existence, même unilatérale et incomplète, est d'une grande valeur séméiologique. L'hypertonie et les troubles de la sensibilité, de la sensibilité profonde surtout, ont également une grande valeur. Un liquide céphalo-rachidien normal ne saurait contredire le diagnostic, le tabès étant souvent fixé depuis longtemps lorsque le médecin se découvre, d'où l'absence de toute réaction méningée.

Mais, la fréquence des tabès frustes ne doit pas engager davantage à poser inconsiderément ce diagnostic en présence d'une polyneuropathie, d'une maladie de Friedreich, d'une atteinte des fibres longues au cours de l'anémie pernicieuse, etc. Il ne faut pas davantage attribuer trop aisément au tabès toute manifestation (gastrique par exemple) observée chez un tabétique. Ici, comme toujours, un examen complet du malade est nécessaire.

Et si le traitement est, dans tous les cas, celui de la syphilis causale, le choix de la médication variera selon qu'il s'agit d'un tabès jeune, évolutif, à traiter comme une syphilis récente par un traitement d'assaut, ou d'un tabès fixé justiciable du traitement habituel des syphilis anciennes.

René CHAMPENTIER.

L'électro-encéphalogramme dans la maladie de Friedreich, par G. GUILLAIN, I. BERTRAND, J. GODET et J. GRUNER (*Société de biologie*, séance du 25 juillet 1942).

Dans la maladie de Friedreich, l'électro-encéphalogramme est caractérisé par une réduction notable des potentiels, un rythme à peine ébauché, de nombreuses pointés, une réaction d'arrêt à la lumière souvent nulle. La déficience anatomique et fonctionnelle du tronc cérébral au cours de la maladie de Friedreich explique l'activité bio-électrique réduite de la corticalité, qui ne reçoit plus avec la fréquence et l'amplitude nécessaires les excitations continues des neurones sous-jacents.

R. C.

Altérations importantes de l'électro-encéphalogramme pendant l'évolution d'une acrodynie. Leur disparition après guérison, par A. BAUDOUIN, Julien MARIE, A. RÉMOND et H. BRICAIRE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 12 mars 1943).

Observation d'un enfant de 6 ans atteint d'acrodynie typique et chez qui furent constatées des modifications importantes de l'électro-encéphalogramme.

Il semble que de semblables altérations n'aient jamais été signalées au cours de l'acrodynie. L'électro-encéphalogramme traduit ici par des signes objectifs une atteinte de l'encéphale, atteinte diffuse, puisque c'est la totalité de la surface du cortex cérébral qui se montre électriquement altérée. La guérison clinique s'accompagna d'un retour à la normale de l'électro-encéphalogramme.

R. C.

L'acropathie ulcéro-mutilante familiale, par A. THÉVENARD (*Revue neurologique*, juillet-août 1942).

Isolant des ulcérations et mutilations de l'extrémité des membres, un petit groupe d'observations dont l'homogénéité résulte de la similitude des aspects cliniques et de leur caractère familial, M. A. Thévenard en rapporte trois observations et propose de donner à ce syndrome le nom d'« arthropathie ulcéro-mutilante familiale ». S'il paraît bien évident qu'il s'agisse d'une affection du système nerveux, M. Thévenard, après l'avoir d'abord pensé, exprime des réserves sur l'intégration de ces cas à la syringomyélie, familiale, lombo-sacrée et au tableau clinique du « status dysraphicus ». Aussi, dans l'attente d'un examen anatomique complet, lui a-t-il paru plus prudent de proposer pour ce syndrome clinique un nom qui ne soit que descriptif.

René CHARPENTIER.

Syringomyélie, malformations rachidiennes et « status dysraphicus », par Henri ROGER et Jean MARCORELLES (de Marseille). *La Presse médicale*, 28 novembre 1942).

La fréquence des malformations rachidiennes et la coexistence de spina bifida, la notion du caractère congénital de la syringomyélie (cas de syringomyélie familiale et héréditaire), la fréquence d'anomalies variées de développement analogues à celles groupées par Bremer sous le nom de « status dysraphicus » sont de nature à éclairer la pathogénie de la syringomyélie. Aux pathogénies antérieurement envisagées (processus infectieux, hémorragie ou ramollissement post-traumatique, processus tumoral), on a de plus en plus tendance à substituer une origine congénitale dysembryoplasique. La cyphoseoliose, la prédominance de l'envergure sur la taille, les déformations thoraciques autrefois considérées comme liées à l'atteinte de la substance grise centropostérieure paraissent être en réalité, de même que le processus médullaire, les manifestations du « status dysraphicus », dont la syringomyélie serait l'une des formes les plus évoluées et les plus représentatives.

René CHARPENTIER.

A propos d'un cas d'arthropathie nerveuse, par LEPENNETIER et MORIN (*Société d'électro-radiologie médicale de France*, séance du 13 octobre 1942).

Chez un jeune homme de 21 ans, atteint de syringomyélie lombo-sacrée, disparition complète de la moitié inférieure des os de la jambe gauche, des os du tarse du pied gauche et décalcification très importante du squelette restant, le pied n'étant plus relié à la jambe que par les parties molles. Il existe, en outre, des ulcérations trophiques du membre inférieur droit et une luxation complète du genou droit.

En plus de l'importance particulière des destructions osseuses, on note l'absence de toute néoformation et la coïncidence de troubles trophiques des membres inférieurs chez un frère du malade.

R. C.

Névralgie sciatique par saillie vertébrale compressive, par F. COSTE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 avril 1943).

Nouveau cas, opéré par M. Petit-Dutaillis, de sciatique rebelle avec arrêt partiel du lipiodol au-dessus du 4^e disque lombaire. L'intervention montra, à côté d'une hernie discale minime et discutable, une importante saillie du rebord postérieur des plateaux vertébraux de L 4 et de L 5. L'opération, limitée à une simple laminectomie décompressive, n'a procuré qu'une guérison incomplète. La radicotomie postérieure serait indiquée dans de tels cas, qui peut-être ne sont pas rares, si l'on songe à la banalité des lésions arthrosiques du rachis lombaire.

R. C.

Participation des rebords osseux vertébraux dans certaines compressions sciatiques d'origine discale, par D. PETIT-DUTAILLIS, F. COSTE et S. de SÈZE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 avril 1943).

Observations de trois cas de sciatiques rebelles opérées, dans lesquels la racine nerveuse était comprimée, non pas seulement par une saillie discale, mais aussi et surtout par une saillie osseuse développée aux dépens du plateau vertébral adjacent. La lésion responsable de la sciatique est ici une lésion complexe, associant avec des altérations dégénératives du disque, des lésions hypertrophiques des rebords osseux vertébraux : lésion d'arthrose vertébrale. On saisit ici le lien qui unit la notion moderne de sciatique discale et la notion classique de sciatique rhumatismale.

A propos de ces observations, les auteurs rappellent que le défilé interdisco-apophysaire, zone d'élection des compressions radiculaires de la sciatique commune, est une formation anatomique complexe, dont les éléments constitutifs sont multiples : disque intervertébral et rebords osseux des plateaux vertébraux, en avant ; articulation apophysaire et ligament jaune, en arrière, sans oublier les gros plexus veineux de l'espace épidural. Sans doute, le disque intervertébral, en raison de son rôle physiologique, de sa plasticité relative, de l'importance de ses réactions aux facteurs traumatiques et microtraumatiques, représente un agent de compression d'importance majeure, mais chacun des autres éléments du défilé mérite aussi attention et étude.

R. C.

Sciatique double par gliome de la queue de cheval. Ablation. Guérison, par V. RICHE et Cl. GROS (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc*, séance du 20 février 1942).

MM. V. Riche et Cl. Gros rapportent l'observation d'un homme de 45 ans qui présentait depuis 6 mois une sciatique double, plus marquée à gauche, résistante à tous les traitements, s'accompagnant de cypho-scoliose et d'exagération à la toux et au mouvement. Le lipiodo-diagnostic localise l'obstacle

dans le cul-de-sac dural au niveau du disque L2, L3. L'intervention permet l'ablation d'un volumineux gliome d'une racine de la queue de cheval. Disparition immédiate de tous les symptômes et guérison rapide intégrale.

R. C.

Considérations sur le déterminisme des troubles polynévritiques, par Paul CHAUCHARD (*La Presse médicale*, 15 mai 1943).

Des études de M. Paul Chauchard, par la méthode chronaximétrique, sur le fonctionnement neuro-musculaire de l'animal il ressort qu'au cours de toute l'évolution du processus polynévritique (par avitaminose B₁ du rat ou du pigeon, avitaminose A du rat, intoxication saturnine du rat et du cobaye) il n'y a pas de variation de la chronaxie de constitution du nerf. L'agent névritigène n'agit donc pas directement sur le nerf lui-même. Le processus primitif précoce et constant dans les polynévrites est un trouble fonctionnel siégeant dans les centres nerveux. Les facteurs névritigènes agissent sur les centres dont la sensibilité aux intoxications est, d'ailleurs, en général plus grande que celle du nerf. L'excitation centrale permanente commande un maintien en permanence à niveau bas des chronaxies ; le corps cellulaire obligé de maintenir ce niveau anormal doit en éprouver une fatigue qui suffit à expliquer la diminution de son pouvoir trophique. Appuyée sur des faits physiologiques, l'hypothèse de M. Paul Chauchard expliquerait ainsi comment les troubles fonctionnels centraux provoqués par les agents polynévritigènes suffisent à eux seuls à déclencher des dégénérescences périphériques qui, d'après ces expériences, ne dépendent pas d'une intoxication directe du nerf.

René CHARPENTIER.

PHILOSOPHIE

Foi religieuse et connaissance philosophique (à propos de Hegel « *Glauben und Wissen* »), par J.-R. BADELLE (*Revue philosophique*, juillet-septembre 1942-1943).

A quelle condition la foi serait-elle philosophiquement pensable ? A cette question, M. J.-R. Badelle, élève de l'Ecole normale supérieure, mort d'accident en 1941, a donné, dans un intéressant mémoire, écrit en vue du diplôme d'études supérieures, une réponse négative. Mais, recherchant un lien entre savoir et foi, afin de rendre possible la cohabitation de la conscience philosophique et de la conscience religieuse, il envisage l'existence, à la source de la démarche philosophique, d'un besoin absolu que la philosophie ne pourrait satisfaire. Sans conclure à la nécessité de la foi, la philosophie montrerait seulement le point où elle peut s'insérer dans la vie de la conscience. La foi, libre décision, impliquant un dépassement de l'attitude philosophique, serait un acte pleinement réfléchi et cependant hétérogène au savoir.

Philosophie et religion seraient donc de nature différente, quoique répondant au même besoin d'unité ; chacune aurait son objet propre, dans un

cas l'intellection, et dans l'autre la vie au sein du suprasensible, et aucune des deux ne pourrait se substituer à l'autre : en particulier, le savoir ne dispenserait pas la conscience de prendre ses responsabilités et de trancher sa destinée par l'acte de foi. Mais aussi il y aurait une aide mutuelle, la spéculation purifiant la foi, et la foi vivifiant la spéculation, par l'inquiétude féconde et la ferme assurance qu'elle lui communiquerait.

Telles seraient la philosophie compatible avec l'attitude religieuse et la religion capable de subsister dans une conscience philosophique, distinctes l'une de l'autre, ayant chacune leur objet et leur méthode propres, profondément unies pourtant par leur aspiration fondamentale. Telle serait la voie où il faudrait s'engager si, en prenant pour point de départ le primat de la raison pratique, l'on voulait penser l'unité de l'action et du savoir, du savoir et de la foi, par la foi même.

René CHARPENTIER.

Réflexions sur l'application des mathématiques au monde sensible, par Jean LAPORTE (*Revue philosophique*, septembre-décembre 1941).

C'est un fait que les mathématiques s'appliquent à la réalité. L'accord entre le mathématique et le physique est « étonnant », « admirable », « merveilleux », « mystérieux » (Einstein, Fraenkel, Hermite, Louis de Broglie). Pour les empiristes, les notions mathématiques, nombres et figures, sont (au moins quant à leurs éléments) extraits des phénomènes sensibles, dont elles reproduisent les caractères les plus généraux. Pour les intellectualistes, les vérités mathématiques ne sont ni de simples résumés d'une expérience appauvrie et squelettique, ni de purs jeux tautologiques de symboles. Elles sont un enchaînement de connaissances, portant soit sur des entités intelligibles indépendantes de nous, soit sur des produits de notre activité intellectuelle, en tout cas sur des objets entièrement différents de ceux des sens. Mais d'où l'esprit sait-il alors que deux classes d'objets aussi hétérogènes doivent inmanquablement s'accorder ? Kant a fait justement observer qu'invoquer une « harmonie préétablie » n'est qu'une autre façon de poser le problème.

L'imprécision des données sensibles auxquelles doit forcément aboutir tout procédé de mesure, et aussi, selon Heisenberg, la loi de la mesure, font que la coïncidence entre nos formules mathématiques et les phénomènes observés n'est jamais qu'approchée. D'ailleurs, la coïncidence fût-elle même aujourd'hui parfaite qu'il y aurait toujours à se demander si, au cours d'observations nouvelles, nos formules ne seraient pas mises en échec ? Ce qui ramène au problème de l'induction, c'est-à-dire à la contingence.

Contrairement à l'opinion de Hume, la « mathématisation » de la physique n'élimine pas la contingence. Elle ne nous donne pas le droit d'assurer qu'aucune loi est nécessaire, d'aucun phénomène de la nature qu'il doit nécessairement arriver. L'application des mathématiques à l'expérience est un fait d'expérience, rien de plus. Elle n'est donc pas plus nécessaire que les autres faits d'expérience. Elle ne saurait donc servir à introduire dans les faits d'expérience la nécessité. Qu'il y ait ou non de la nécessité dans l'ordre mathématique, il n'y en a pas, pour l'homme, dans le monde physique.

René CHARPENTIER.

Vers une nouvelle forme du calcul des probabilités, par Pius SERVIEN
(*Revue philosophique*, septembre-décembre 1941).

Sujet de prédilection des mathématiciens et des philosophes, clef actuelle de la Science, le calcul des probabilités, dans lequel Bertrand, Poincaré, ont signalé des difficultés singulières, est sans doute un calcul, un domaine de la physique mathématique mais on veut qu'il soit autre chose encore : le réceptacle mystérieux au fond duquel doit se trouver l'insaisissable hasard. Si d'autres sciences, à un certain moment de leur évolution, ont subi leur crise de langage, le calcul des probabilités attend encore la sienne. Son fondateur même, Pascal, puis Condorcet, Laplace, Poisson, ne cessent de mêler « Langage des sciences » et « Langage lyrique ».

M. Servien indique ici les principes essentiels grâce auxquels il lui a été possible de donner au calcul des probabilités la forme d'un domaine normal de la physique mathématique, en éliminant tout ce qui n'est pas langage des sciences. Une théorie mathématique ne peut, sous peine d'absurdité, accueillir en son sein cette chose irréductible aux mathématiques ; ce cas de la mesure physique, *alias* le hasard. Le « choix au hasard » reste à jamais extérieur aux mathématiques. La définition initiale sur laquelle se fonde le calcul des probabilités est tout arithmétique, à base de « choses égales » tout simplement, et sans arrière-pensée.

Sans sacrifier la théorie classique, il conviendra de reprendre les mots en usage, mais strictement avec les nouveaux sens définis, séparant ce qui est solide, éliminant ce qui est cercle vicieux. Obtenant ainsi la séparation du physique et du mathématique, on s'assurera que cette nouvelle forme est conforme aux notions de relatif et d'observation qui régissent la physique contemporaine. Elle rétablit l'unité de la théorie.

René CHARPENTIER.

ANATOMIE

Le réseau sympathique fondamental et le reticulum terminal, par le Professeur E. LANDAU (de Lausanne). Communication à la *Société suisse de neurologie* (6-7 juin 1942). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1943, vol. LI, fasc. 1/2.

Projection de dessins et démonstration de corps. Elargissement du réseau terminal. Le réseau sympathique fondamental, peu connu avant les travaux de Boeke, se forme par l'anastomose de cordons plasmatiques bien délimités et accompagnés de noyaux de Schwann. Ces cordons contiennent dans leur épaisseur des fibres amyéliniques excessivement fines et qui peuvent avoir une disposition différente : elles peuvent être lisses et parallèles l'une à l'autre, elles peuvent aussi sur leur parcours former de très fines nodosités, de petits anneaux et s'anastomoser entre elles. Le mot « Grundplexus » correspond exactement à la structure de cette formation bien délimitée.

Le mot « Terminalreticulum » de Stöhr est le nom collectif de toutes les formations que l'on trouve dans les parties terminales du système nerveux végétatif : réseau pérterminal, réseau sympathique fondamental, et aussi une assez importante formation, qui mérite autant le nom d'un feutre (felt-work, filtrum) que celui d'un reticulum.

René CHARPENTIER.

Note sur une autopsie de syndrome neuro-œdémateux, par J. LHERMITTE, Julien MARIE et AJURIAGUERRA (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 4 juin 1943).

Résultats de l'étude histologique des centres nerveux d'un cas de syndrome neuro-œdémateux (obs. III du mémoire de MM. Robert Debré, Julien Marie, P. Seringe et R. Man). Les auteurs ont constaté une dégénération cytologique très accusée des cellules de la colonne de Clarke au niveau de la moelle dorsale. Le bulbe, la protubérance, les nerfs, le plexus sympathique lombaire sont normaux.

R. C.

Un cas singulier de rhinorrhée cérébro-spinale, par J.-A. RAMADIER (*La Presse médicale*, 15 mai 1943).

Préférée à celui de « cranio-hydrorrhée » souvent employé, le terme de « rhinorrhée cérébro-spinale » désigne l'écoulement par le nez de liquide méningé. A propos d'un cas opéré et guéri, chez une femme de 49 ans, et dans lequel il s'agissait d'une malformation limitée au stade de déhiscence ostéo-dure-mérienne (non compliquée d'encéphalocèle), M. J.-A. Ramadier conclut à l'action remarquable de la neuro-chirurgie, sur cet accident redoutable, et montre qu'il peut être lié à une malformation congénitale de la base du crâne.

René CHARPENTIER.

Coma oxycarboné avec hyperthermie prolongée. Etude anatomo-clinique, par L. JUSTIN-BESANÇON, Ivan BERTRAND et Frédéric PERGOLA (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 octobre 1943).

Observation d'une jeune fille morte huit jours après une intoxication oxycarbonée, sans être sortie d'un coma avec symptômes nerveux variables d'un jour à l'autre : signe de Babinski, contracture extrapyramidale, inégalité pupillaire, athétose. La température s'est maintenue entre 40° et 41°, sans aucune lésion viscérale.

L'examen des centres nerveux montre : 1° un ramollissement bilatéral et symétrique du *globus pallidus* ; 2° des lésions profondes des noyaux de la région infundibulo-tubérienne ; 3° une dégénérescence massive de Polive et des parolives. Ces lésions nerveuses ont conditionné une hyperthermie d'origine centrale, dont le mécanisme est à rapprocher des graves élévations thermiques qui succèdent parfois aux interventions de neuro-chirurgie.

R. C.

Le substratum anatomique de la sciatique commune. Une contribution anatomique au problème de la sciatique dite essentielle, par S. de SÈZE et R. Küss (*La Presse médicale*, 10 juillet 1943).

Cinq dessins d'après nature illustrent la situation dangereuse occupée par les racines L5 et S1 dans les derniers centimètres de leur trajet intrarachidien, véritable zone d'élection intrarachidienne des compressions radiculaires sciatiques. Avant leur entrée dans le canal de conjugaison, les racines L5 et S1 cheminent à l'étroit dans un couloir vertical resserré entre la

saillie postérieure du disque, en avant, et la saillie antérieure de l'appareil fibro-ligamenteux interapophysaire, en arrière. Elles ne peuvent donc échapper ni aux proéminences du disque, en avant, ni aux lésions hypertrophiques de l'articulation, en arrière. A peine ébauché, le processus de compression déclenche la congestion des grosses veines satellites de la racine et l'œdème congestif de la racine elle-même, jetant l'amaïeur d'un cercle vicieux dont la sciatique rebelle est l'expression clinique. Chacun des éléments qui forment le défilé interdisco-ligamento-apophysaire (disque, plateaux osseux adjacents, ligament jaune, apophyse articulaire, et même plexus veineux) peut donner naissance à des formations pathologiques capables de comprimer la racine nerveuse. Mais, surtout, dans les sciaticques rebelles, la lésion la plus fréquente est la lésion discale, qui risque d'être méconnue si l'on ne réfléchit pas qu'au niveau de la charnière lombo-sacrée les conditions de l'anatomie pathologique sont étrangement proches des conditions de l'anatomie normale.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Système neuro-végétatif. Problèmes d'organisation, de conception et de désignation, par W. Hess (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. L, fasc. 1, 1942).

Discussion avec le physiologiste Ascher au sujet des termes *ergotrope* et *histotrope* utilisés par Hess et que Ascher estime ne pas pouvoir être identifiés à *sympathique* et *parasympathique*. Hess s'efforce de donner à sa terminologie une interprétation physiologique. Il admet les critiques formulées par M. Ascher contre le terme de système nerveux-végétatif et préfère l'appellation « *système nerveux autonome* » bien qu'aucune des désignations actuelles ne satisfasse à la fois anatomistes, physiologistes, pharmacologues et cliniciens.

II. BERSOT.

Signification de la maladie post-opératoire, par Jean GOSSET et Jean DELAY (*Académie de chirurgie*, séance du 30 juin 1943).

MM. Jean Gosset et Jean Delay exposent le rôle du système neuro-endocrinien végétatif intermédiaire entre le traumatisme opératoire et la réaction hyperthermique. Ils établissent la ressemblance entre la maladie post-opératoire et les réactions biologiques secondaires à l'électro-choc, à certaines ventriculographies, à certaines excitations expérimentales du sympathique. Dans la maladie post-opératoire, les réactions du diencéphale, de l'hypothalamus semblent primordiales, entraînant la chute initiale de la réserve alcaline, l'hypoglycémie, l'hypoprotidémie. Le mécanisme de cette mise en jeu du diencéphale peut être trouvé dans des excitations venues par la voie sensitive ou végétative, et dans des modifications de la pression sanguine au niveau de ces centres. Les réactions peuvent être bénignes ou sévères et durables. En conclusion, il faut un examen pré-opératoire du système nerveux pour déceler tout signe d'atteinte diencéphalique. Le status neuro-endocrinien du sujet doit être apprécié. La résistance des malades

doit être développée en même temps que l'on diminuera l'excitabilité des centres basilaires et qu'on bloquera les ganglions et voies sympathiques cervicales et surtout sinusales. L'emploi de certains anesthésiques est spécialement souhaitable.

R. C.

Electro-choc et diencéphale, par Jean DELAY (*La Presse médicale*, 2 octobre 1943).

De l'analyse psychologique et physiologique de ses observations, portant sur 4.000 électro-chocs réalisés sur 385 malades, M. Jean Delay résume dans cet article les intéressantes conclusions. Du point de vue psychologique, l'électro-choc a deux actions essentielles : une action thymique, régulatrice de l'affectivité, et une action noétique, régulatrice de la conscience. Or, les manifestations les plus humbles de la fonction affective dépendent des mécanismes hypophyso-diencéphaliques, qui assurent la régulation des instincts vitaux. Et l'action noétique, s'exerçant sur les états confusionnels et oniriques, apparaît étroitement liée à une action sur la fonction hypnotique. La crise produite par l'électro-choc, le « sommeil électrique » de Leduc, reconnaît comme les autres sommeils un mécanisme diencéphalique.

Du point de vue physiologique, l'électro-choc a, en dehors de son effet convulsivant, deux actions essentielles : une action neuro-végétative s'exerçant par le système vago-sympathique, et une action humorale s'exerçant par le système endocrinien, actions connexes et souvent indissociables. Le rôle de la région diencéphalique a été bien mis en évidence dans ces différents faits. La complexité des mécanismes neuro-endocriniens mis en branle suggère l'hypothèse d'une action centrale de la région diencéphalo-hypophysaire, véritable cerveau endocrinien, sur les endocrines périphériques proposées aux régulations humorales. Il se produit lors de l'électro-choc un tel bouleversement du système autonome que le rôle thérapeutique de ce bouleversement ne saurait être éliminé de l'interprétation des effets du choc.

Analyse psychologique et analyse physiologique concordent ainsi à faire admettre le rôle essentiel du diencéphale. Si cette théorie basilaire paraît en contradiction avec le fait que l'électro-choc détermine de l'épilepsie, tenue généralement pour corticale, on peut objecter que rien n'est moins prouvé que l'origine strictement corticale de l'épilepsie, que le stimulus épileptogène peut être diencéphalique sans pour cela que le déroulement de la phase convulsive soit aussi diencéphalique, que les convulsions enfin sont seulement l'un des effets (coma, convulsions, sympathoclasie) de l'électro-choc et que ce n'est peut-être pas, au point de vue thérapeutique, le plus important de ces effets.

René CHARPENTIER.

Le syndrome sympathique de l'électro-choc, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société de biologie*, séance du 26 juin 1943).

MM. Jean Delay et A. Soulaïrac décrivent un syndrome sympathique de l'électrochoc, caractérisé par la vaso-constriction, la tachycardie, l'hypertension artérielle et veineuse, la mydriase, l'hyperglycémie, l'hyperleucocytose. Ils rapprochent d'autre part l'ensemble des manifestations qu'ils ont décrites dans le post-électrochoc du syndrome d'hyperexcitabilité neuro-végé-

tative de Hoff (hypersympathicotonic, hyperglycémie, hypercalcémie, acidose, hyperleucocytose, hyperthermie, augmentation des métabolismes).

Après les réactions immédiates du post-électrochoc, s'observent des réactions tardives avec inversion des résultats initiaux que les auteurs rapprochent du syndrome d'atonie neuro-végétative de Hoff.

R. C.

Rôle de l'électro-choc dans la régulation affective de la vie psychique, par J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSC et R. REYNAUD (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

Libération transitoire des centres neuro-végétatifs et disjonction de l'activité consciente et de l'activité neuro-végétative, dont le tonus est modifié (crise sympathicotonic de l'électro-choc); modifications de la mémoire, de l'émotivité et de l'attention, peut-être consolidation de l'inconscient normal (constitutionnel) et élimination de l'inconscient pathologique, d'où rééquilibration des éléments affectifs régulateurs.

R. C.

Courbes de la tension artérielle au décours de la crise convulsive de l'électro-choc, par J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSC et R. REYNAUD (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

L'augmentation de tension, élément de l'hypertrophie sympathique de l'électro-choc, apparaît généralement dès la fin de la crise tonique et se poursuit pendant deux à trois minutes; il peut y avoir une latence de trente à soixante secondes. Retour à la valeur d'avant crise au bout de cinq minutes; minima souvent moins affectée que la maxima, dont la variation peut atteindre 9 cm. de Hg. Dans le cas d'hypertension émotive avant électro-choc, retour immédiat à la normale au cours de l'absence sans crise.

R. C.

Modifications du liquide céphalo-rachidien après l'électro-choc, par LABOUCARIÉ, BECQ, MARTIN et REY (*Société d'oto-neuro-ophthalmologie de Toulouse*, séance du 12 avril 1943).

Chez quinze malades ponctionnés immédiatement avant et après l'électro-choc, les auteurs ont trouvé six fois un liquide légèrement xanthochromique et une légère augmentation de l'albuminose et de la lymphocytose; trois fois, la réaction de Bordet-Wassermann fut très positive.

R. C.

Variations du calcium et du phosphore minéral sanguins après l'électro-choc, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société de biologie*, séance du 26 juin 1943).

Les auteurs apportent de nouveaux résultats sur les modifications humorales de l'électrochoc. Ils ont constaté de façon constante une hypercalcémie

post-convulsive de 15 pour 100 en moyenne pouvant atteindre 23 pour 100 et une hyperphosphatémie de 14 pour 100 en moyenne pouvant atteindre 30 pour 100. Ces augmentations de la calcémie et de la phosphatémie sont particulièrement remarquables, étant donné la fixité ordinaire du calcium et du phosphore dans le milieu sanguin.

R. C.

L'hyperprotidémie de l'électro-choc, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société de biologie*, séance du 22 mai 1943).

Les auteurs ont constaté après la crise convulsive provoquée par l'électro-choc une augmentation constante du taux de la protidémie sans hyperazotémie. Cette hyperprotidémie, qui peut atteindre 20 pour 100 du taux initial, porte essentiellement sur les protides totaux ; l'étude séparée de la sérine et de la globuline montre habituellement une hyper-sérinémie et consécutivement une élévation du rapport sérine/globuline. L'hyperprotidémie est transitoire. Le retour au taux initial, et souvent à un taux inférieur, se produit en moins de deux heures. Les recherches des auteurs sur les modifications hématologiques de l'électro-choc montrent que l'hyperprotidémie n'est pas la conséquence d'une modification de l'hydrémie.

R. C.

L'acidose de l'électro-choc, par Jean DELAY et A. SOULAIRAC (*Société de biologie*, séance du 22 mai 1943).

Les auteurs ont observé, après la crise convulsive par électro-choc, un abaissement de la réserve alcaline dont le taux moyen oscille autour de 20 pour 100. Cette acidose moyenne s'accompagne d'une modification de l'équilibre chloré du sang. L'électro-choc est suivi d'une augmentation du chlore globulaire sans modifications notables du chlore plasmatique, d'où l'augmentation du rapport chloré érythro-plasmatique. Ces variations concordantes de la réserve alcaline et de la chlorémie témoignent d'une acidose dans le post-électro-choc.

R. C.

L'acidose, cause principale de la polynévrite aviaire, par R. LECOQ (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 30 novembre 1942).

Avitaminose B₁ et déséquilibres alimentaires ne semblent producteurs de polynévrite aviaire que par l'acidose résultant de troubles métaboliques qu'ils engendrent. Toutefois, si les substances douées de propriétés alcaliques peuvent empêcher chez le pigeon les crises polynévritiques, elles ne modifient pas sensiblement l'évolution de l'intoxication endogène liée à l'avitaminose B₁ ou aux déséquilibres alimentaires. Il est donc possible que l'acidose, cause principale de la polynévrite aviaire, ait son action névritogène renforcée par la présence des toxiques provenant plus explicitement que l'acidose des déséquilibres alimentaires ou de l'avitaminose B₁.

R. C.

Considérations sur le déterminisme des troubles polynévritiques, par Paul CHAUCHARD (*La Presse médicale*, 15 mai 1943).

De recherches par la méthode chronaximétrique à l'occasion de lésions polynévritiques expérimentales (avitaminose B₁ du rat ou du pigeon, déséquilibre alimentaire par excès de galactose chez le pigeon, avitaminose A du rat, intoxication saturnine du rat et du cobaye), M. Paul Chauchard conclut que : 1° au cours de toute l'évolution du processus polynévritique, il n'y a pas de variation de la chronaxie de constitution du nerf ; 2° le processus primitif précoce et constant dans les polynévrites est un trouble fonctionnel siégeant dans les centres nerveux. Les troubles fonctionnels centraux provoqués par les agents polynévritigènes suffisent à eux seuls à déclencher des dégénérescences périphériques qui, d'après cette étude, ne dépendent pas d'une intoxication directe du nerf. Une excitation centrale permanente (des neurones spéciaux chargés de la régulation des chronaxies) commandant le maintien des chronaxies à un niveau bas, le corps cellulaire, le péri-caryone, obligé de maintenir ce niveau anormal, éprouverait une fatigue expliquant la diminution de son pouvoir trophique. Cela surtout, si l'action somatogène aboutit à des variations de charge électrique.

Les processus polynévritiques n'auraient donc pas d'indépendance propre et il faudrait parler de troubles centraux polynévritigènes.

René CHARPENTIER.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

Le service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine, par le Dr R.-H. HAZEMANN, chef du service médico-social et le Dr FOUQUET, médecin-inspecteur de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine (*Bull. de documentation*, n° 326, 15 novembre 1943).

MM. R.-H. Hazemann et Fouquet font remarquer que, malgré des modalités très particulières d'application, l'assistance aux malades mentaux ne diffère sensiblement, ni dans ses buts, ni dans ses moyens, de l'assistance aux tuberculeux, avec ses trois échelons essentiels, tous sans direction technique médicale : 1° dépistage, triage, action familiale et sociale ; 2° cure ; 3° post-cure et réadaptation sociale. C'est au dispensaire de prophylaxie mentale qu'incombent les tâches extrêmes : 1° et 3°. En 1941, 13 consultations de prophylaxie mentale furent ouvertes dans des dispensaires de l'Office public d'hygiène sociale (sous la direction de M. Luquet) de la région parisienne. Leur nombre était passé à 27 en juillet 1943. Il a été fait appel au concours de médecins spécialisés. Des assistantes sociales spécialisées ont été formées par des cours théoriques et pratiques (stage de trois mois), sanctionnés par des examens organisés par MM. Heuyer et Delay. Les auteurs signalent que l'action de ces assistantes est encore trop limitée et qu'on s'efforce de la rendre plus efficace. Leur nombre paraît, d'ailleurs, insuffisant ; il est appelé à croître en même temps que leur rôle se perfectionnera. Un répertoire complet des possibilités de placement, des instituts médico-pédagogiques (publies ou privés) a été établi au service central.

Le nombre des sujets examinés est sans cesse en progression : de 340 pour

le premier trimestre de 1942, il est passé à 1.098 pour le même trimestre en 1943. A la fin du premier trimestre de 1943, le nombre d'enfants placés était de 523. Un contrôle des établissements où sont placés les enfants est exercé par le médecin-inspecteur ; ces établissements sont d'ailleurs tenus d'adresser à intervalles réguliers, au Service, tous renseignements concernant l'état physique et mental de l'enfant, la nature et les résultats du traitement.

Jusqu'ici, 10 0/0 seulement des malades venus à la consultation sont des adultes. Leur nombre est en progression, mais un travail de propagande doit être entrepris pour obtenir le traitement précoce d'états psychopathiques, en cure libre, la surveillance et la récupération sociale de malades sortis guéris des hôpitaux psychiatriques, et une meilleure prophylaxie des réactions antisociales.

René CHARPENTIER.

L'organisation des services de prophylaxie mentale, par le Dr R.-H.

HAZEMANN et M^{lle} BOURJAILLAT (*Rapport* au Conseil technique de coordination interministérielle de l'enfance déficiente et en danger moral, *Hygiène sociale*, n° 2, février 1944).

Ayant pour but de lutter d'une manière précoce contre l'apparition, l'aggravation et la diffusion des troubles pathologiques du caractère et de l'intelligence, chez l'enfant et chez l'adulte, dans la famille et dans la Cité, la prophylaxie mentale tend à éviter la folie ou la délinquance, l'internement ou la détention, ainsi que la désadaptation sociale. Les auteurs exposent que, pour être efficace, la lutte contre les maladies mentales doit être réalisée sur la base départementale et par un service public ayant à sa tête un psychiatre au courant de la psychiatrie sociale de l'adulte et de l'enfant. Ce service départemental de prophylaxie mentale doit donc s'appuyer sur les organismes chargés de lutter contre l'ensemble des maladies transmissibles ou sociales, dispensaires polyvalents d'hygiène sociale groupés sous l'autorité d'un Office départemental ou public d'hygiène sociale.

Il est nécessaire que l'action médicale et médico-sociale entreprise par le médecin continue à être surveillée par lui, qu'il continue à en être responsable, tout au moins techniquement, et cela à chaque échelon. Les activités purement sociales qui peuvent s'exercer en dehors de l'action médicale doivent être coordonnées avec elle et l'organisme départemental groupant tous les services sociaux est l'Office public d'hygiène sociale, dont le type le plus parfait a été mis en œuvre dans le département de Meurthe-et-Moselle.

M. R.-H. Hazemann et M^{lle} Bourjaillat exposent ensuite ce que sont et comment fonctionnent les dispensaires d'hygiène sociale et leurs consultations, le rôle et la compétence du médecin-spécialiste en neuro-psychiatrie, les fonctions des assistantes sociales spécialisées et l'importance du service social. Dans son secteur, le médecin doit diriger la propagande et l'éducation de la population. L'effort réalisé en ce qui concerne les enfants, les consultants, les buveurs et le reclassement des malades à leur sortie des établissements constitue aux yeux du public une excellente propagande par les faits. L'effort réalisé depuis vingt-cinq ans pour la prophylaxie de la tuberculose peut l'être aussi pour la prophylaxie des troubles mentaux. Il n'est pas moins urgent.

René CHARPENTIER.

L'influence des événements actuels sur la pathologie, par A. RAVINA et A. PARAF (*La Presse médicale*, 4 septembre 1943).

Depuis 1940, les événements, bouleversant les conditions morales et matérielles d'existence ont apporté à la pathologie des modifications profondes. MM. A. Ravina et A. Paraf citent, successivement, les syndromes de déséquilibre alimentaire avec œdèmes, probablement dus à la carence d'apport protidique, les amaigrissements considérables avec asthénie, lipothymies, syncopes, polyurie, des cas de coma hypoglycémique spontané, les « ostéopathies de famine », l'aménorrhée, les engelures, les anémies érythro-plasmatiques, les troubles digestifs. A côté de ces manifestations pathologiques inhabituelles, ils rappellent les modifications de l'évolution de certaines maladies. Telle la tuberculose, dont la fréquence et la gravité ont augmenté en même temps que l'aspect clinique variait, les formes broncho-pneumoniques prédominant tandis que les granulies, les pneumonies caséuses se présentaient avec une exceptionnelle fréquence, de même que les méningites tuberculeuses de l'adulte et les adénopathies.

L'augmentation des cas de syphilis a été notée. Par contre, tous ont pu constater une régression considérable de l'alcoolisme et de ses diverses manifestations, en particulier des délires, des polynévrites ; la cirrhose éthylique est devenue une rareté. Il ne saurait y avoir meilleur argument en faveur d'une réglementation des boissons alcoolisées.

Des accidents graves sont, par contre, survenus à la suite d'ingestion d'alcool méthylique ou méthanol, cas de mort ou action élective sur la rétine. Des polynévrites graves ont résulté de l'usage d'huiles industrielles contenant du trierésyl-phosphate pour la cuisine.

Si les épidémies n'ont pas été, jusqu'à présent, sensiblement favorisées par les mauvaises conditions de vie et par l'exode, on a cependant noté, depuis 1942, une augmentation de la fièvre typhoïde. A noter aussi l'augmentation des cas de gale, fréquemment compliquée de pyodermites, sous l'influence des mauvaises précautions hygiéniques dues aux circonstances et qui ont facilité la contagion.

Œdèmes de carence, amaigrissements, intoxications par produits alimentaires de remplacement, augmentation de la gravité de la tuberculose dominent la pathologie médicale actuelle. Pour en compléter l'aspect psychiatrique, il faudrait ajouter à ce tableau l'influence des causes morales, mais aussi le retentissement des causes matérielles sur le traitement des malades confiés aux hôpitaux psychiatriques.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

A propos de 400 électro-chocs, par J. EUZIERE, R. CASTAGNÉ, E. FASSIO, R. BOSC et R. REYNAUD (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mai 1943). *Montpellier médical*, sept.-oct. 1943).

Par cette méthode, appliquée à 50 malades de 7 à 40 ans, les auteurs ont obtenu des résultats thérapeutiques rapides dans les psychoses réactionnelles, plus lents mais durables chez les discordants, déprimés ou hypomania-

ques, moins bons chez les délirants, inconstants chez les psychasthéniques, nuls chez les pithiatiques sauf pour le diagnostic.

L'étude neurologique de la crise provoquée par l'électro-choc les conduit à l'hypothèse d'étages d'inhibition et de désubordination.

R. C.

Evolution des psychoses réactionnelles. Rôle de la convulsothérapie (cardiazol et électro-choc), par J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSC et R. REYNAUD (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943).

Durée d'évolution réduite à quelques heures par la convulsothérapie dans trois observations de guérison par deux et trois électro-chocs ; toujours raccourcie dans les autres cas. Rôle de la modification de l'émotivité.

R. C.

Remarques sur les modifications de la mémoire au cours du traitement par électro-choc, par J. EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSC et R. REYNAUD (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

Etude, chez quinze sujets, de troubles très variés. Les modifications qui portent sur diverses catégories de souvenirs sont, comme il a déjà été signalé, surtout, et au début, toujours déficitaires. La trame de la mémoire est capricieusement « mitée ». L'atteinte semble portée au souvenir-mécanisme moteur et non à l'image-souvenir. Grandes différences individuelles du déficit. Rôle de la vigueur et du dressage de la mémoire avant traitement. Après cure, récupération dans un délai variable et, dans deux cas, amélioration de la mémoire.

R. C.

Modifications de l'attention par l'électro-choc, par EUZIÈRE, R. CASTAGNÉ, R. LAFON, E. FASSIO, R. BOSC et R. REYNAUD (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

Attention améliorée : 1° par disparition d'éléments parasites (la plupart en rapport avec le thème obsessionnel) se glissant entre le sujet et son objet ; 2° par diminution de l'hyperémotivité désorientant l'attention par des impulsions désordonnées.

R. C.

Fond d'œil et électro-choc, par J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et R. CASTAGNÉ (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

Pas de modification après la crise convulsive. Aucune modification avant et après cure. Résultats analogues à ceux obtenus déjà pour le cardiazol.

R. C.

A propos de l'électro-choc. Technique, résultats, mécanisme, par Rémi COURJON (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1943).

Après un rappel des notions actuellement acquises concernant la convulsivothérapie par l'électro-choc, M. Rémi Courjon indique la technique suivie par lui dans un millier de chocs. Il recommande la plus grande prudence et les précautions les plus minutieuses au cours des applications, la prudence aussi dans l'interprétation des résultats obtenus, résultats qu'il considère comme très encourageants d'après les statistiques jusqu'ici publiées, et dont il apporte des exemples, mais il ajoute : « L'électro-choc est une aide efficace dans le traitement de certaines affections mentales, mais comme l'insuline, le cardiazol et toutes les thérapeutiques de choc, il ne guérit que ce qui doit guérir. »

Il conclut que, en apportant une nouvelle contribution à l'étude des dissolutions psychiatriques, l'électro-choc souligne l'intérêt de la conception jacksonienne de la psychiatrie.

René CHARPENTIER.

Action de l'électro-choc dans un état de mal asthmatique, par Jacques DECOURT, A. PLICHET et R. GORIN (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 9 juillet 1943).

Les auteurs ont traité par l'électro-choc un état de mal asthmatique particulièrement rebelle. Chaque séance a été immédiatement suivie d'une rémission complète de la dyspnée, chaque fois plus durable. Mais les auteurs se gardent de proposer une généralisation de la méthode, l'état asphyxique de l'asthmatique rendant particulièrement impressionnante la phase d'apnée consécutive à l'accès convulsif.

R. C.

Les abcès du poumon complication majeure de l'électro-choc, par PERRET et J. NESPOULOUS (de Toulouse). *La Presse médicale*, 26 juin 1943.

Les abcès du poumon, déjà signalés comme complication de la cardiazolthérapie, ont été observés dans 1 pour 200 électrochocs (7 cas sur 1.500 électrochocs), par MM. Perret et J. Nespoulous, qui incriminent pour leur étiologie les lésions dentaires dues à la contracture subite et très violente des mâchoires lors des crises provoquées. Des parcelles septiques de dentine, d'émail ou de tartre, emportées au moment du stertor par le flot de salive que brasse la respiration profonde du malade dans le coma, peuvent pénétrer dans les voies respiratoires, que le réflexe de la toux ne protège plus. Le siège même des abcès peut être interprété en faveur de cette hypothèse. D'où la nécessité d'une prophylaxie attentive et de soins dentaires préalables à l'électrochoc, la nécessité aussi de la prévention du traumatisme dû à la fermeture extrêmement violente des mâchoires. Chez certains édentés partiels, les auteurs conseillent l'application d'un appareil individuel de prothèse.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 13 mars 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars aura lieu le *lundi 27 mars 1944*, à 15 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL aura lieu le *lundi 24 avril 1944*, à 10 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mai 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai aura lieu le *lundi 22 mai 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 juin 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin aura lieu le *lundi 26 juin 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

2^{me} session de la Société suisse de psychologie

La deuxième session de la Société suisse de psychologie aura lieu à Genève (Institut des sciences de l'Éducation, Palais Wilson, 52, rue des Paquis) le samedi 18 mars 1944, sous la présidence de M. le Professeur D^r PIAGET.

À la programme de cette réunion figurent, après le discours inaugural du Professeur PIAGET sur *l'Organisation et l'esprit de la psychologie à Genève*, un certain nombre de communications. Parmi celles qui sont annoncées, citons : *Etudes expérimentales sur la psychologie de l'enfant à l'Institut de Genève*, par M. B. INHELDER, Chef des Travaux à l'Institut ; *L'enseignement de la psychologie appliquée*, par M. A. REY, Chargé de Cours de psychologie appliquée ; *Remarques critiques sur la Gestaltpsychologie*, par le D^r E. I. WALTER (de Zurich) ; *Quelques aspects de la motricité chez l'enfant*, par M. LAMBERCER (de Genève) ; des communications de M. le D^r D. BRINKMANN (de Zurich) et de M. le D^r H. BÄSCH (de Zurich).

Le Secrétariat de la session est assuré par M. le D^r MORGENTHAUER (de Berne).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine

En vue du dépistage et du diagnostic précoce des maladies mentales, des consultations gratuites de prophylaxie mentale, consultations ouvertes aux adultes et aux enfants, ont été organisées dans le cadre technique du Service médico-social de l'Office public d'hygiène sociale. Ces consultations s'adressent plus particulièrement aux enfants présentant des troubles de l'intelligence ou du caractère. Un service social spécialisé en prolonge ultérieurement l'action dans le milieu familial.

Sous l'autorité du médecin-chef du dispensaire, le personnel spécialisé comprend : un médecin neuro-psychiatre, une assistante sociale spécialisée, une assistante de psychologie. L'enquête sociale et les tests de niveau mental sont établis avant l'examen médical, et dans la même demi-journée pour éviter de déranger inutilement ces familles, qui ne sont admises aux consultations que sur rendez-vous. Le nombre d'inscrits par séance est limité à 5 ou 6, la priorité d'inscription tenant compte de l'urgence sociale, des réactions récentes du sujet, des conditions de la surveillance familiale. Les examens biologiques sont pratiqués au laboratoire d'hygiène de l'Office public d'hygiène sociale.

Ecrit entièrement de la main du médecin, l'avis médical rédigé ensuite emporte non seulement le diagnostic, mais aussi un pronostic d'éducabilité et la proposition (traitement, placement). Diagnostic sommaire et proposition de placement correspondent à des numéros figurant sur deux tableaux annexés au Règlement du Service de prophylaxie mentale. Copie de l'avis médical est envoyée au médecin de la famille. Lorsqu'il s'agit d'en-

fants rééducables admis dans un établissement où ils reçoivent des soins médicaux, les Caisses d'Assurances sociales peuvent participer aux frais du placement pendant une durée de deux ans, au maximum.

Des mesures d'ordre pédagogique sont prévues en liaison avec le personnel (institutrices, médecins-inspecteurs, assistantes scolaires) des écoles primaires et une liaison doit être établie avec les services d'orientation professionnelle des enfants anormaux. La création de patronages est favorisée auprès de chaque dispensaire.

La Société de médecine légale de France demande une réglementation plus sévère de la délivrance du laudanum

A la suite d'une communication de M. Henri GRIFFON, la *Société de médecine légale de France* a voté à l'unanimité, dans sa séance du 10 janvier 1944, le vœu suivant présenté par M. Henri GRIFFON :

« La Société de médecine légale de France constatant :

« Que le laudanum de Sydenham est actuellement utilisé en injection hypodermique par les toxicomanes,

« Qu'employée ainsi, cette drogue se révèle très nocive et susceptible de produire des intoxications mortelles,

« Que cet usage détourne de sa destination propre un médicament opiacé dont l'approvisionnement devient de plus en plus difficile,

« émet le vœu,

« 1° Que soit abrogée la dérogation prévue par l'article 28 du décret du 20 mars 1930 concernant le renouvellement des ordonnances prescrivant le laudanum en nature à une dose n'excédant pas 5 grammes ;

« 2° Qu'un contrôle sévère des ordonnances comportant ce médicament soit effectué, les prescriptions de laudanum soumises à la règle des 7 jours devant mentionner une dose totale exactement proportionnée aux besoins, selon un mode d'emploi bien précisé ;

« 3° Que soit envisagé de supprimer aux sages-femmes la possibilité de se procurer sur demande écrite le « laudanum en quantité ne dépassant pas 10 grammes » pour l'exercice de leur profession, aux termes de l'arrêté du 21 mars 1943 ; que si cette suppression ne peut être réalisée, un contrôle sévère des demandes des sages-femmes soit effectué, comme dans le cas des prescriptions médicales. »

Ce vœu a été adopté à l'unanimité.

Statistique

En 1939, il y avait en France un débit de boissons pour 70 habitants.

En 1941, il y avait en France :

26.150 médecins, soit 1 pour 1.530 habitants.

12.457 pharmaciens, soit 1 pour 3.200 habitants.

8.940 chirurgiens-dentistes, soit 1 pour 4.450 habitants.

et

10.093 sages-femmes, soit 1 pour 3.960 habitants.

Chaque année, 340.000 garçons et 320.000 filles atteignent l'âge de 14 ans.

ASSISTANCE

Une enquête sur l'assistance psychiatrique en France réunit actuellement tous les renseignements concernant, non seulement les établissements publics, mais l'assistance psychiatrique hors des établissements publics ou privés (sociétés de patronage, assistance familiale, dispensaires et consultations externes, assistance à l'enfance anormale [externats et internats], services d'observation et de triage, hospices, psychiatrie militaire, contrôle psychiatrique dans les établissements d'enseignement, psychiatrie pénitentiaire, assurances, contrôles d'immigration et d'émigration, etc., etc.).

Un questionnaire détaillé, soigneusement établi par le Dr H. BEAUDOUIN, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise), a été envoyé par ses soins dans tous les hôpitaux psychiatriques. Un certain nombre de réponses lui sont dès à présent parvenues et il est désirable que toutes les réponses, même incomplètes, lui parviennent le plus tôt possible. Il est non moins important de joindre à ces renseignements le texte des règlements locaux qui auraient pu être déjà élaborés, ces documents étant destinés à une nouvelle édition de « L'aliéné et les asiles d'aliénés », ouvrage des Drs J. Raynier et H. Beaudouin (1), qui rend tant de services à ceux qui se préparent, se consacrent ou s'intéressent à l'assistance psychiatrique, à l'organisation médicale et administrative ainsi qu'au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques, à la condition juridique des aliénés internés ou non, et aux projets de réforme de la législation concernant les aliénés, toutes questions dont l'étude est actuellement d'une urgence particulière.

UNIVERSITÉ DE BERNE

Prix destiné à récompenser des travaux sur l'encéphalite léthargique

La Fondation pour l'avancement dans la recherche de l'encéphalite (Université de Berne), dans le but de récompenser les travaux contribuant d'une façon importante aux progrès du diagnostic et du traitement de l'encéphalite léthargique, a institué un prix dont le montant sera d'au moins 1.000 francs suisses.

Les candidatures doivent être adressées à M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Berne.

(1) Drs J. RAYNIER et H. BEAUDOUIN. — *L'aliéné et les asiles d'aliénés. Assistance. Législation. Médecine légale.* Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine (Prix Baillarger, 1922). 2^e édition, Le François édit., Paris, 1930.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 68.435. — 1944
C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : I-1944. — U.O. 4202-29-4-44

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

PSYCHOSE PÉRIODIQUE ENDOGÈNE ET PSYCHOSE ÉPILEPTIQUE PÉRIODIQUE (1)

PAR

L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA



Quand on envisage les travaux concernant les rapports de parenté entre les accès de la psychose périodique et les formes mentales épileptiques périodiques, on reste étonné de la multiplicité d'opinions si souvent contradictoires.

Qu'il s'agisse de la folie à double forme de Baillarger, de la folie circulaire de Falret, de la folie intermittente de Magnan, de la psychose maniaque-dépressive de Kræpelin, les doctrines portent le ton, la marque d'une époque. Les divergences proviennent surtout de ce que l'on a trop étendu ces syndromes pour lâcher de les rapprocher des accès épileptiques psychiques en ne tenant compte que des formes atypiques. Le terme psychose « périodique » a pris une extension exagérée et pour de nombreux cliniciens tout état mental, pourvu qu'il soit intermittent ou rémittent, rentre dans le cadre de la psychose périodique ou de la psychose maniaque-dépressive.

(1) L'exposé historique de cette question paraîtra dans un ouvrage en préparation.

La périodicité d'un syndrome mental n'est pas un caractère suffisant pour poser un tel diagnostic. Des accès mentaux périodiques peuvent survenir au cours d'affections cérébrales organiques (Pilez), après diverses maladies infantiles (Stransky) ou à la suite de traumatismes cranio-cérébraux, et ne doivent pas être assimilés à la psychose maniaque-dépressive endogène, constitutionnelle.

Les formes mentales de la psychose périodique comme les formes mentales intermittentes épileptiques sont des syndromes et au moment où nous les observons nous sommes incapables de reconnaître si elles sont irréversibles ou curables, évolutives ou chroniques ; nous ne pouvons poser un diagnostic et un pronostic de probabilité qu'en prenant comme base des syndromes cliniques bien observés antérieurement, suivis pendant toute la durée de leur évolution et parfois encore nos diagnostics et par suite nos pronostics seront erronés. Nous ne devons pas hésiter avec humilité à reconnaître notre incapacité.

Les accès mentaux de la psychose périodique et les formes mentales épileptiques, que celles-ci soient périodiques ou non, présentent des caractères tels qu'il est possible, dans la majorité des cas, de poser un diagnostic différentiel, les cas douteux restant en petit nombre. Il est alors indispensable, puisqu'en résumé il s'agit de faire porter la discussion sur les rapports possibles entre des états syndromiques, de ne tenir compte que des faits cliniques répondant à l'ensemble des caractères et des particularités contenus dans les définitions mêmes des syndromes, car chaque symptôme pris en particulier n'a rien de pathognomonique. C'est la seule façon qu'une interprétation collective sur ces syndromes mentaux puisse se faire.

Sous le terme de psychose périodique, qu'il s'agisse de la folie à double forme, de la folie circulaire, intermittente ou maniaque-dépressive, on désigne des accès endogènes d'excitation expansive psycho-motrice avec fuite des idées ou des accès de dépression psycho-motrice avec inhibition des idées et souvent une concentration pénible mélancolique, accès de durée et d'intensité variables, se reproduisant avec conservation d'une lucidité relative à intervalles irréguliers un grand nombre de fois durant la vie des malades ; le premier accès survient en général après l'âge de 25 ans. Les accès, qui sont ou isolés, ou conjugués ou combinés, ne sont pas suivis d'amnésie. Ils sont séparés par un intervalle lucide de durée irrégulière pendant lequel on ne constate ni affaiblissement intellectuel, ni modification de la personnalité telle qu'elle était avant le premier accès, ni signes d'orga-

nicité (en dehors de toute complication) quelle que soit la durée de l'affection. Tels sont les caractères de la psychose périodique d'après l'ensemble des définitions de Baillarger, de Falret, de Ritti, de Magnan, de Ballet, de Deny et Camus, d'Antheaume.

Les accidents psychiques épileptiques, soit qu'il se présentent isolés, soit qu'ils constituent le syndrome épileptique périodique, revèlent les caractères suivants : soudaineté de leur apparition et de leur disparition et souvent brièveté de leurs manifestations, confusion mentale compliquée souvent d'agitation motrice parfois brutale ou de torpeur, inconscience automatique, amnésie consécutive fréquente. Les principaux rapports des accès mentaux avec les accidents convulsifs, les vertiges et les absences peuvent être les suivants : 1° les accès d'épilepsie psychique surviennent chez des sujets atteints d'épilepsie convulsive ; 2° les accès mentaux sont consécutifs à un ou plusieurs accès convulsifs, vertiges ou absences ; 3° les crises délirantes se terminent par un accès convulsif ; 4° des accès convulsifs surviennent au cours des accès mentaux ; 5° l'épilepsie se manifeste pendant un certain temps uniquement par des accès psychiques intermittents et l'épilepsie convulsive survient tardivement ; 6° l'épilepsie ne se traduit que par des accès psychiques périodiques.

Les seuls cas qui peuvent être l'objet d'une discussion diagnostique avec la psychose périodique sont ceux dans lesquels l'épilepsie ne se manifeste pendant des années que par des accès d'agitation ou de dépression ou ceux dans lesquels les accès mentaux périodiques, tout en restant indépendants des crises épileptiques, apparaissent chez des sujets à crises convulsives rares. Si l'on se borne à ne considérer que ces formes syndromiques en tenant compte également des caractères cliniques des accès de la psychose périodique, il est facile d'établir un diagnostic différentiel entre ces deux états.

C'est ainsi que nous suivons depuis plusieurs années un sujet âgé actuellement de 54 ans, qui a été interné 18 fois entre 28 et 32 ans. Les accès mentaux ont varié comme durée de 15 jours à trois semaines et leur début brusque a été marqué chaque fois par des actes absurdes. A plusieurs reprises, il est descendu tout nu dans la rue ; une autre fois, il a voulu aller déterrer le cadavre de son père. Au début d'une crise mentale, il est parti sur les voies du chemin de fer et a voulu arrêter un train. Au cours d'un autre accès, il a cru qu'il avait gagné un million et qu'on l'avait désigné pour aller chanter et siffler à l'Opéra. Tous ces accès à terminaison soudaine ont été suivis d'amnésie. Or, dans les antécédents de ce sujet on note qu'il a été atteint, à l'âge de

cinq mois, de deux accès de convulsions infantiles, qu'il a présenté, à l'âge de 23 ans, pendant son service militaire, plusieurs crises convulsives qui ont entraîné la réforme. Ce sujet présente actuellement des crises convulsives épileptiques fréquentes souvent suivies de troubles confusionnels de courte durée avec idées de persécution, de richesse et de grandeur.

Quand on se rapporte aux nombreux travaux concernant les rapports de l'épilepsie et de la psychose périodique, on remarque que deux tendances s'y opposent. Certains auteurs soutiennent la distinction clinique et nosologique entre les deux formes mentales, dont le diagnostic est d'une importance indéniable ; par contre, d'autres auteurs, pour établir entre elles une parenté ou tout au moins pour en faire des affections à frontières communes, ne tiennent compte dans les observations que de quelques symptômes particuliers. En fait, les cas à propos desquels on peut hésiter entre le diagnostic de psychose périodique et celui d'accès épileptiques psychiques périodiques sont rares. Sur 1.000 comitiaux, Benon estime qu'il n'y en a pas plus de 5 à 10 qui présentent des troubles simulant les accès de la psychose périodique. Sur les milliers d'épileptiques qui ont été soumis à notre examen, les accès mentaux périodiques, qu'ils aient été ou non associés à des crises convulsives, ont généralement présenté des caractères tels que le diagnostic de leur nature a pu être précisé.

Dans nos observations nous ne trouvons pas un seul cas dans lequel des manifestations mentales épileptiques périodiques et des accès maniaco-dépressifs avec leurs caractères propres aient évolué séparément pour leur propre compte. Les seuls cas qui ont pu prêter à discussion sont les quatre suivants.

Dans les deux premières observations, les phases couplées d'excitation intellectuelle expansive et de dépression surviennent chez des sujets présentant de nombreuses crises convulsives et absences ; elles sont de très courte durée ; elles simulent les troubles cyclothymiques de la psychose maniaque-dépressive.

OBSERVATION 1. — M. Go..., ancien journaliste, est âgé de 34 ans quand il se présente pour la première fois à la consultation des épileptiques à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Antécédents héréditaires : père goutteux, a présenté dans sa jeunesse des « faiblesses » qui disparurent à 16 ans. Grand-père goutteux ; grand-mère, affaiblissement intellectuel sénile. Mère normale. Une sœur de la mère présenta, à 17 ans, une « maladie de nerfs », et s'est suicidée à 47 ans, trois mois après son mariage. Grand-père et grand-mère maternels normaux.

Antécédents personnels : jumeau né à terme, accouchement nor-

mal. Développement physique et intellectuel normaux. Rougeole et varicelle non compliquées dans l'enfance. Pas de convulsions, ni de terreurs nocturnes. Paresseux mais intelligent, il obtient son certificat d'études à 12 ans, fait des études de Droit, puis travaille comme journaliste. Il est renvoyé de ses divers emplois à cause de ses crises. Il a été interné durant un mois, à 28 ans et à 32 ans.

Début de l'épilepsie à 7 ans, par des crises statiques prises pour des faiblesses ; il tombait et se relevait aussitôt. Ces troubles disparaurent entre 12 et 19 ans. A 19 ans, à la suite de quelques excès de boisson, il présenta des crises comitiales nocturnes, avec morsure de la langue, ainsi que des absences assez fréquentes. Ce n'est qu'à 20 ans qu'apparaissent des crises convulsives diurnes. Elles sont annoncées par une « impression indéfinissable », d'une durée de quelques secondes, puis le malade tombe et perd connaissance : mouvements convulsifs peu marqués ou absents, morsure de la langue et parfois émission d'urine. Ces accidents sont parfois suivis d'accès de rire ; amnésie consécutive complète.

Les absences sont très fréquentes ; lorsqu'elles surviennent au cours d'une conversation, le malade s'arrête de parler, pâlit et perd conscience ; il accomplit en outre des actes automatiques sous forme de somnambulisme, quand elles ont lieu la nuit.

En dehors de ses crises ou parfois en rapport avec celles-ci, Go... présente des alternatives d'euphorie avec hyperidéation et joie de vivre, et de dépression avec inertie, tristesse et désespoir qu'il décrit lui-même ainsi : « Parfois mon esprit sort brusquement de sa torpeur, de son engourdissement habituel, comme si un voile se déchirait et laissait pénétrer tout d'un coup la lumière. Alors je vois clair en moi et autour de moi. C'est avec des yeux neufs que je considère la vie ; les questions philosophiques ou sociales qui m'intéressent sont en ces instants beaucoup plus nettes, beaucoup plus simples. Si j'ai le bonheur de lire un écrivain qui m'est cher, il me semble que je le pénètre entièrement. De même pour un paysage, une œuvre d'art ou tout autre chose, la sensibilité m'est rendue. Mais de même qu'on est maladroit à se servir d'un instrument dont il y a longtemps que l'on n'a pas fait usage, ma sensibilité est hésitante et inquiète. Elle n'est pas juste, cela je le sens ; elle a tendance à exagérer les impressions qu'elle me communique : une idée, une page de musique, un tableau prennent à ces instants, pour moi, une ampleur extraordinaire. Je vis à la façon de celui qui aiguise sa sensibilité à l'aide d'alcool ou de drogue. Cela me remue, me travaille, m'empêche assez souvent de dormir. Au point de vue physique, je suis ces jours-là plus actif, plus vif et beaucoup moins triste. En ces heures trop courtes, je goûte la joie de vivre et de penser. L'air que je respire sent bon, aucune besogne ne m'est désagréable ni pénible. Je voudrais que tout le monde profite de mon bonheur ; malheureusement, je n'ai personne à qui m'ouvrir, à qui faire partager les joies que je ressens. J'ai donc comme cela, pour quelques heures, peut-être au maximum un jour ou deux, à sentir, à vibrer d'agréable façon. »

Au cours de ces périodes « de grande lucidité », Go... présente des troubles particuliers : ecmnésie et impression du déjà vu : « Souvent, au réveil, des lueurs viennent dans mon esprit, comme un coin de voile qui se déchirerait sur le grand jour pour se refermer ensuite. Pendant ces instants de clarté, de lucidité, qui sont de plus en plus fréquents et de plus longue durée, je vois clair en moi, tant dans le passé que dans le présent, pour les questions générales, filiales ou personnelles. Des souvenirs d'enfance, par exemple, me reviennent avec une extraordinaire richesse de détails, jusqu'à des airs de musique que j'entendis jadis jouer ou chanter autour de moi ; et cependant ma mémoire diminue, je viens de lire un livre et je suis incapable de dire ce qu'il renferme. Je rencontre des amis et je n'ose, par exemple, demander des nouvelles de leurs parents, doutant si ces personnes que j'ai connues sont mortes ou encore en vie. Egalement en ce qui concerne la mémoire, j'ai pour beaucoup de choses (un fait qu'on me raconte ou qui se passe devant mes yeux) l'impression « du déjà vu », et ce n'est qu'en me raisonnant que j'arrive à me rendre compte que c'est « de l'inédit ». Pendant quelques semaines, rencontrant dans la rue ou dans le métro des personnes que je n'avais jamais vues, j'avais l'impression de les connaître et il fallait que je me raisonne pour ne pas aller leur dire bonjour. J'ai également l'impression du déjà vu à la lecture d'articles de journaux ou à l'audition d'histoires qu'on me contait pour la première fois... »

Go... décrit ses phases dépressives de la façon suivante : « Chaque chose, chaque heure me pèse. Je n'éprouve plus le moindre désir, de quelque nature que ce soit. Ce que je fais c'est l'habitude, la raison qui me force à le faire ; je sais que si j'étais seul, complètement livré à moi-même, je me laisserais aller. »

Au cours de ces crises, il est parfois en proie à des hallucinations de l'ouïe : « J'entends chanter des coqs et il me semble qu'ils me conseillent de me jeter par la fenêtre... Puis progressivement, sans que je m'en aperçoive, soit brusquement, soit à la suite d'une crise convulsive ou d'un trouble quelconque, je rentre dans mon état normal de torpeur, d'indifférence, d'abrutissement. Mais, et cela est logique, alors que j'ai eu l'impression très nette de cette lumière qui revenait à moi, je ne me rends pas exactement compte de sa disparition. Je constate bien que je vibre moins, que je comprends plus difficilement, mais un doute demeure en moi assez longtemps, doute que je crois d'ailleurs m'être assez favorable puisqu'il empêche l'ennui, la lassitude, le pessimisme, en un mot, de m'envahir trop vite. »

En dehors des phases d'euphorie et de dépression, ce sujet a des périodes intercalaires pendant lesquelles il se considère comme étant dans un état normal qu'il expose ainsi : « Mentalement, je crois me porter le mieux du monde, n'ayant pas le moindre trouble, le moindre accident, j'ai les idées claires, nettes, je n'ai plus l'impression d'engourdissement que je ressentais auparavant. Je ne crois pas cependant que ce soit là une période d'euphorie que je traverse, car je

me sens mieux équilibré, moins exalté que je n'étais dans la crise précédente que je vous signalais. Il est vrai que dans la précédente c'est brusquement qu'était venue à moi la lumière, tandis que cette fois-ci c'est progressivement qu'elle a pénétré. » Le malade a fait, au cours de sa maladie, deux tentatives de suicide : l'une inconsciente et amnésique, à la suite d'une crise (tentative de défenestration) ; une autre consciente et coordonnée, au cours d'un état dépressif, et qui entraîna la mort, à l'âge de 37 ans. Avant de se suicider, par submersion, ce malade avait écrit : « Il y a deux issues aussi proches l'une de l'autre : d'un côté la guérison, de l'autre la folie ou le suicide ; que faire pour m'engager dans une voie plutôt que dans une autre ? Et pour m'y maintenir jusqu'au bout ? »

OBSERVATION 2. — Mme Du..., couturière, âgée actuellement de 45 ans, est soignée à la consultation spéciale des épileptiques de l'Hôpital Henri-Rousselle, depuis l'âge de 26 ans.

Dans ses antécédents héréditaires, on note qu'une tante maternelle est épileptique depuis l'âge de 17 ans.

Du... a été atteinte, à l'âge de 3 ans et demi, de convulsions infantiles qui ont duré plusieurs heures, avec prédominance des convulsions dans les membres du côté gauche. Deuxième crise convulsive à l'âge de 6 ans, suivie de confusion dans les idées pendant plusieurs heures. Développement physique et intellectuel normaux. Certificat d'études à 12 ans. Règles régulières depuis l'âge de 15 ans. Mariée à 21 ans.

Depuis l'âge de 6 ans, malaises fréquents consistant en une peur momentanée. Grande crise convulsive nocturne à 21 ans. Depuis, les accès se renouvellent toutes les trois semaines environ. Crises de colère fréquentes mnésiques, au cours desquelles elle a manifesté plusieurs fois des impulsions au suicide (défenestration).

On ne note aucun symptôme organique permanent. A signaler qu'au cours des crises les mouvements convulsifs sont plus accusés du côté gauche.

L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien ont toujours donné des résultats négatifs.

Depuis qu'elle est traitée, cette malade ne présente plus que des crises convulsives rares, mais les vertiges et les absences restent fréquents.

A l'âge de 32 ans, pour la première fois, elle a eu une crise d'excitation ; elle s'est levée brusquement vers trois heures du matin et elle a été dans la chambre de sa mère, l'a fait lever, lui a demandé du papier et un crayon. Elle s'est mise une compresse d'eau fraîche sur la tête, s'est recouchée et a écrit ces mots : « Patience et tendresse avant tout. J'ai préféré me rafraîchir la tête. Le cerveau vous travaille d'un côté, le cœur de l'autre, s'ils sont tous deux actifs, hélas ! » Dès le lendemain, bavardages incessants avec idées philanthropiques, elle

veut le bonheur de tout le monde. Cet état dure une huitaine de jours. Pas d'amnésie consécutive.

Les mois suivants, on ne note aucune crise mentale semblable. La malade reste plutôt taciturne, parlant très peu, mais très régulière dans son travail. Les malaises et les vertiges se renouvellent au nombre d'une dizaine par mois.

A l'âge de 41 ans, nouvelle crise mentale caractérisée par de l'excitation intellectuelle avec idées de persécution dirigées contre sa sœur ; elle l'accuse de la voler. Durée, trois semaines.

A l'âge de 44 ans, du 26 mai au 18 juillet 1941, crise psychique : exaltation, verbigération, tendances philanthropiques. « Elle pourrait arrêter la guerre en faisant intervenir quelqu'un de puissant. Il faut faire le bien ; il faut élever les enfants avec patience et douceur. » Après cette crise, période de dépression, bradypsychie et bradycinésie. La malade parle peu ; elle a même de la difficulté à s'exprimer. Période de calme et de lucidité ensuite.

Accès d'exaltation du 1^{er} au 11 septembre 1941, avec idées de persécution. Elle croit que « l'on monte les gens contre elle ». Phase dépressive ensuite.

Accès d'excitation intellectuelle du 26 octobre 1941 au 15 novembre 1941 : verbigération, euphorie, insomnie ; mêmes conceptions philanthropiques : il faut être patient, calme et faire le bien ; il faut assurer la retraite aux vieillards. Elle griffonne sur des bouts de papier ; elle accoste des personnes qu'elle ne connaît pas, leur donne la main. Elle a la sensation que « son cerveau est revenu ».

Les malaises et vertiges restent aussi nombreux aussi bien pendant les accès mentaux que pendant les phases dépressives. Les crises de colère, qui surviennent dès qu'on la contrarie, sont plus fréquentes pendant les phases d'exaltation.

Dans l'observation suivante, les accès épileptiques convulsifs sont peu fréquents et le syndrome mental se rapproche davantage des formes mentales épileptiques que de celles de la psychose périodique vraie.

OBSERVATION 3. — Le malade B... est interné, le 21 janvier 1936, à l'Asile Sainte-Anne, dans le service de l'un de nous, avec le certificat suivant :

« Etat caractérisé par des crises, avec état confusionnel et délire. Aurait présenté des crises semblables à trois reprises différentes, en 1919, 1922, 1926. Il prononce des mots incohérents, chante, pleure, a des hallucinations auditives et visuelles. »

Certificat immédiat : « Etat mélancolique avec dépression, réponses à côté. Insomnie. »

Certificat de quinzaine : « Psychose périodique caractérisée actuellement par un état dépressif simple avec confusion dans les

idées. Crise comitiale avant l'internement. Excès éthylique sous forme de dipsomanie. »

Sa femme nous donne les renseignements suivants : son mari a eu, avant-hier, une crise d'épilepsie, à 14 heures, après le déjeuner ; il a été transporté à l'Hôpital Beaujon, d'où il a été transféré à Sainte-Anne. C'est le cinquième internement ; le premier a eu lieu à l'asile de Bron, les trois autres à l'asile de Naugeat.

Le début des accès mentaux est rapide et toujours identique : sensation de malaise ; B... se sent malade, reste au lit, puis prononce des propos incohérents. C'est à ce moment qu'il a des crises d'épilepsie. Les premières crises ont débuté avant son quatrième internement, en 1926. Elles sont caractérisées par une perte brusque de connaissance, de la raideur des membres ; bave sanguinolente ; morsure de la langue ; émission d'urine ; stertor et sommeil. Leur durée est d'une dizaine de minutes.

Jusqu'alors, B... n'aurait jamais présenté de crises épileptiques pendant les périodes d'internement.

Pendant les intervalles lucides, il a des périodes pendant lesquelles il se met à boire brusquement ; il prétend qu'il ne peut s'en empêcher, qu'il est « comme commandé ». La durée de l'accès dipsomaniaque est de 4 à 15 jours, puis il cesse brusquement. Il boit du vin rouge et du café arrosé. Il suffit d'un ou de deux verres de vin pour l'obnubiler et il a de la difficulté à s'exprimer. Il reste sombre, parle peu. Depuis son mariage, sa femme l'a toujours vu avec ses accès de dipsomanie. S'il n'a pas d'argent, il ne boit pas et l'accès n'éclate pas.

Dans ses antécédents personnels, on ne note rien de particulier. Il n'a pas été à l'école et a appris seul à lire et à écrire. Pas de syphilis.

Père alcoolique, mort à 50 ans, à la suite d'un accident (coup de pied de cheval). Mère décédée à la suite d'une fausse-couche.

Nous avons pu obtenir les renseignements suivants, tout à fait incomplets, sur les internements antérieurs :

Premier accès mental à 16 ans (en 1919) ; il avait de la fièvre et ses propos étaient incohérents. Interné à l'asile de Bron un mois.

Deuxième accès mental à 26 ans. Durée de l'accès, 14 jours. Interné à l'asile de Naugeat. Aucun renseignement sur cet accès.

Troisième accès mental à 30 ans (en 1922). Durée 6 mois. Interné à Naugeat. Aucun renseignement.

Quatrième accès mental à 35 ans (en 1926). Deux crises épileptiques : une à 3 heures du matin, l'autre le lendemain à midi. Il est interné, 24 heures après, à l'asile de Naugeat. Le certificat immédiat (10 septembre 1926) porte : « Hypomanie, léger désordre des idées et des actes ; insomnie ; accès successifs paraissant s'apparenter à la folie intermittente, aurait des crises convulsives. » (Signé : D^r Calmettes).

Certificat de quinzaine (24 septembre 1926) : « Hypomanie, léger désordre des idées et des actes, pas d'accidents convulsifs. » (Signé : D^r Calmettes).

Les troubles mentaux disparaissent rapidement. Le malade reste à l'asile comme travailleur jusqu'au 19 octobre 1929.

A son entrée dans notre service (janvier 1936), nous constatons l'état suivant :

Faciès hébété, atone, animique ; obnubilation, mais mémoire assez bien conservée. Il donne certains renseignements sur son passé, sur les événements actuels ; mais il se croit à l'asile de Naugeat. Il pense qu'il a 36 ans (au lieu de 43) : « Le soleil tourne et l'heure aussi. » Il émet des propos ironiques et incohérents : exemples : « Votre femme a-t-elle fait des fausses-couches ? » — « Peut-être bien ; elle a couché la veille de son mariage avec ses frères, ce sont des choses qui arrivent. » Il est « mort-né ». Il est une « fausse-couche. Ce n'est pas comme son frère qui lui est né vivant »... « S'il a mal à la tête, c'est qu'il a réparé des armes. Ça bouillait là-dedans ; à cette température, le sang entre en ébullition. »

A l'examen physique, réflexes tendineux et achilléens très exagérée, sans signe de Babinski. Pas de clonus des pieds. Les pupilles sont dilatées, réagissent à la lumière. Pas de tremblement de la langue et des extrémités.

Foie normal. Pouls ralenti : 68 pulsations à la minute.

Céphalées violentes. Le malade se tient continuellement la tête entre les mains.

Urine : sucre, 6 gr. 54.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,20 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; Leuco : 0,4 ; Benjoin : 00000.00100.00000. Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

La température, du 22 janvier au 8 février 1936, oscille entre 37° et 38° et ne revient à la normale que le 8 février. Dès ce moment, amélioration rapide. Dysmnésie sur les faits qui ont lieu pendant les premiers jours de son internement. B... est mis en liberté le 13 mars 1936.

Sixième accès mental. Il est hospitalisé à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 14 mai, et interné de nouveau à l'asile Sainte-Anne, dans notre service, le 15 mai 1936, avec le certificat suivant : « Psychose périodique. Accès hypomaniaques récidivants avec appoint alcoolique. Loquacité décousue. Propos incohérents. Désordre des actes. Voulait se sauver par la fenêtre de son domicile. Aurait avalé une bouteille d'encre. Turbulence dans le service, onirisme nocturne. Désorientation, insomnie. » (Signé : Dupouy).

D'après les renseignements donnés par sa femme, il est resté lucide durant un mois. Il est retombé malade le jour des élections (4 mai) ; il a dû boire et discuter. Il y avait trois jours qu'il déraisonnait quand il est arrivé à l'Hôpital Henri-Rousselle. Il n'a pas présenté de crises d'épilepsie.

On consigne l'état mental suivant : aspect obnubilé, réponses évanescentes, propos sans suite ; il passe d'un sujet à l'autre sans aucun rapport entre eux. Exemple : « C'est de la bêtise qui s'envole... » « Je ne veux pas qu'on se serve de mon nom pour faire ce qu'ils font. Il

faut d'abord apprendre à vivre avant de tuer les autres. » « Il dépend du gouverneur militaire de Lyon... » « Les journaux le fatiguent ; il faut mieux du papier propre que du papier sale. »

Il manifeste une certaine conscience de son état : « Il est fatigué ; la machine est détraquée. »

Annésie sur les faits rapportés dans le certificat.

Amélioration rapide des troubles mentaux.

Le 1^{er} juillet 1936, crise d'épilepsie. Perte de connaissance, morsure de la langue du côté droit, bave, annésie totale. Pas d'émission d'urine.

Après la crise épileptique, phase d'obnubilation complète. Troubles profonds de la mémoire ; désorientation. Propos incohérents. Soliloque. « Je me suis trompé de clefs ; la vieille qui était là-haut l'a tué. Quand on est mort on n'existe plus. L'eau a monté, c'est bien pire. Vous me dites de remplacer du parquet, je le fais ; c'est-il qu'il veut m'imiter ? » Il ne répond pas aux questions.

Même état physique que celui constaté précédemment. Les urines ne renferment pas de sucre.

L'état mental s'améliore lentement. Le malade passe, quelques mois plus tard, au quartier des travailleurs.

Il est mis en liberté le 15 mai 1937.

Septième accès mental. B... est interné de nouveau à l'asile Sainte-Anne, le 2 juillet 1938.

Certificat de placement : « Psychose périodique. Hypomanie récidivante. Loquacité diffuse. Fuite des idées ; familiarité, grossièreté. Turbulence. Insomnie. Appoint alcoolique. Attaques épileptiques épisodiques. »

Une nouvelle ponction lombaire, pratiquée le 4 juillet 1939, a donné les résultats suivants : Albumine : 0,30 ; Pandy : 0 ; Weiebrodt : 0 ; Leuco : 0 ; Benjoin : 00000.22222.00000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

Le malade était encore interné à l'asile Sainte-Anne en septembre 1939. Il a été perdu de vue ensuite.

Dans l'observation suivante, les accès mentaux à forme excito-dépressive surviennent chez une épileptique et présentent les caractères des accidents psychiques épileptiques.

OBSERVATION 4. — Mlle Kas..., âgée de 40 ans, est transférée de la Salpêtrière à l'asile de Villejuif, dans le service de l'un de nous.

Dans ses antécédents personnels, on note que son développement physique s'est fait tardivement. Elle n'a marché qu'à 3 ans et demi. A l'école, elle a présenté des étourdissements et des pertes subites de mémoire, pour lesquels aucun diagnostic n'a alors été posé. Elle a toujours été bien réglée.

Ses père et mère sont morts jeunes de tuberculose pulmonaire. Son grand-père paternel était alcoolique. Elle a une sœur bien portante.

A 17 ans, première crise épileptique convulsive. Les crises se renouvellent dans la suite d'une façon très irrégulière.

A 22 ans, première crise psychique à forme de confusion mentale avec hallucinations visuelles et auditives. Cette crise ne nécessita pas l'internement et eut une courte durée ; Kas... fut soignée chez sa tante.

A 23 ans, crise de dépression avec torpeur d'une durée de quelques jours, qui fut traitée à l'Hôpital St-Antoine.

A 26 ans, premier internement à la Salpêtrière. Le diagnostic de psychose maniaque dépressive est posé. La malade reste internée pendant six mois, pendant lesquels elle présente de nombreuses crises épileptiques.

A 27 ans, deuxième internement à la Salpêtrière, d'une durée de dix mois, pour les mêmes accidents psychiques et convulsifs qu'au premier internement.

A 29 ans, troisième internement à la Salpêtrière d'où elle est transférée, à l'âge de 40 ans, à l'asile de Villejuif.

Dans notre service, cette malade, d'une intelligence moyenne, présente des absences épileptiques, des vertiges, des crises convulsives et des accès de confusion mentale. Ces accidents sont très fréquents pendant plusieurs mois, puis cessent sans cause pendant plusieurs semaines, pour reprendre ensuite.

Les accès de confusion mentale qui se reproduisent deux ou trois fois par an débutent et se terminent brusquement ; ils ne paraissent avoir aucun rapport avec les accidents vertigineux ou convulsifs. Ils ont une durée de 8 à 15 jours et sont suivis d'amnésie complète. Au cours du même accès, on note parfois des phases alternatives d'agitation avec onirisme et de torpeur. Après chaque accès, retour complet à la lucidité.

Cette malade était âgée de 47 ans quand elle a été perdue de vue.

En présence des cas où une hésitation peut se présenter entre les diagnostics de psychose périodique et d'épilepsie psychique périodique, une première ligne de conduite consiste à ne pas élargir outre mesure le cadre de la psychose périodique vraie, endogène ou constitutionnelle, en y faisant rentrer des formes morbides dans lesquelles excitation et dépression sont des épiphénomènes. On ne doit considérer comme psychose périodique que les cas dans lesquels les syndromes mentaux se caractérisent par l'ensemble des particularités que nous avons exposées plus haut. C'est ainsi que nous éliminons de la psychose périodique vraie les cas suivants :

1° cas dans lesquels on constate, dans l'intervalle des accès mentaux, un fond progressivement déficitaire ou une modification de la personnalité prémorbide ;

2° cas dans lesquels les accès mentaux revêtent les caractères de la schizophrénie (personnalité dissociée) ;

3° cas qui se manifestent d'abord par « ondes évolutives » dont chacune laisse après elle une déchéance intellectuelle plus prononcée, qui, suivant l'âge du sujet, est classée sous les termes de démence précoce, de démence paranoïde, de manie ou de mélancolie chroniques, de démence vésanique ;

4° cas dans lesquels les phases sont très fréquentes et n'ont qu'une durée de quelques heures ou de quelques jours ;

5° cas constitués par des accès à répétition consistant en épisodes aigus confusionnels avec symptômes discordants et obscurcissement de la conscience souvent appelés états crépusculaires schizophréniques.

Parmi les états d'excitation ou de dépression que l'on observe chez les épileptiques, on ne doit pas confondre avec la psychose périodique :

1° les auras psychiques épileptiques à forme dépressive ou expansive quand elles se présentent à l'état isolé sans être suivies de la crise convulsive ;

2° les cas de dépression post-paroxystique avec anidéation ou ralentissement des processus psychiques, troubles de l'attention, paresse de la mémoire, dépression parfois accompagnée de céphalée et d'une légère élévation de température ; amnésie consécutive fréquente ;

3° les cas d'excitation post-paroxystique avec anidéation ou incohérence des idées, pauvreté des idées délirantes, troubles de l'attention, tendance aux impulsions, excitation souvent accompagnée de céphalée et d'une légère élévation de température ; amnésie consécutive fréquente ;

4° les cas de confusion mentale à forme souvent hallucinatoire succédant à une absence ou à un simple vertige ; amnésie consécutive fréquente ;

5° les cas d'excitation ou de dépression qui s'observent parfois quelques jours ou quelques heures avant les crises convulsives ;

6° les simples troubles de l'humeur ou manifestations excito-dépressives qui surviennent passagèrement chez des épileptiques et qui sont considérés par certains auteurs comme une forme atténuée de psychose périodique : ces troubles sont en rapport avec la personnalité morbide de l'épileptique ;

7° les accès confusionnels à teinte mélancolique avec réaction au suicide ;

8° les accès d'excitation ou de dépression qui surviennent chez des épileptiques atteints d'affaiblissement intellectuel ;

9° les cas d'excitation ou les simples troubles de l'humeur qui apparaissent comme équivalents psychiques au cours d'un traitement anti-convulsif.

Dans l'étude des rapports possibles entre la psychose périodique et les formes psychiques épileptiques périodiques, nous estimons qu'on doit écarter les cas étiquetés épileptoïdes qui n'ont aucun rapport ni avec la psychose périodique, ni avec l'épilepsie, ainsi que les cas considérés comme des cas limites entre la comitatalité et la psychose maniaque-dépressive. De telles interprétations ne peuvent que compliquer le problème envisagé et ne sont souvent qu'une façon de cacher notre incapacité d'établir un diagnostic juste.

Les tares personnelles des sujets peuvent être aussi d'une grande importance pour le diagnostic. On doit penser à la nature épileptique des psychoses qui surviennent chez des individus dans les antécédents desquels on note des convulsions infantiles, des maladies infectieuses avec manifestations cérébrales, des terreurs nocturnes, du somnambulisme, des symptômes méningés ou choréiques, de l'énurésie tardive (Rehm), des troubles du caractère, de la débilité mentale congénitale (Geist). On doit tenir compte de tous les éléments qui constituent la personnalité héritée et modifiée par les facteurs extérieurs, par des lésions cérébrales.

Un groupe de faits particulièrement intéressants mérite aussi, à notre avis, une place à part et doit être retranché du cadre de la psychose périodique vraie dite constitutionnelle. Il s'agit de ces formes psychiques post-traumatiques plus ou moins intermittentes qui apparaissent chez les blessés cranio-cérébraux et qui parfois peuvent se compliquer d'accès ou d'absences épileptiques comme dans l'observation de Rittershauss. Pour certains auteurs, le traumatisme entraînerait le réveil d'une constitution latente qui provoquerait la périodicité, hypothèse toute gratuite. Dans nombreux cas, il ne s'agit que de simples modifications du caractère et de l'activité mentale, mais on peut observer parfois des accidents psychiques périodiques plus graves. Dans l'observation de Claude, on note que les deux phases étaient ainsi constituées : « Tantôt l'excitation avec loquacité, chants, bruits, indiscipline, disputes ; tantôt la dépression avec indifférence, réponse à voix basse, interruption dans les actes, multiplicité d'actes inachevés, regard fixe, refus de s'expliquer, de prendre un médicament, etc... » Le passage de l'une à l'autre

forme se faisait parfois rapidement, parfois était marqué par une période intercalaire longue avec défaut d'activité.

Les syndromes psychiques post-traumatiques sont extrêmement variés comme formes et si parfois, par leur intermittence, ils peuvent imiter la psychose périodique endogène, leur étiologie et leur pathogénie permettent de ne pas les confondre avec cette dernière.

L'argument en faveur de la parenté de la psychose périodique vraie et de l'épilepsie, basé sur l'apparition des crises convulsives au cours de la psychose périodique, n'est pas convaincant. Notons d'abord que le fait est exceptionnel. Henrichsen, en compulsant de nombreux dossiers de maniaques-dépressifs, n'a pu en relever un seul cas. Il est plus rare de voir survenir des crises convulsives chez les périodiques vrais qui ont atteint un âge avancé, que l'épilepsie sénile chez les simples artério-scléreux ou déments séniles. Quand l'on note chez des périodiques l'apparition de crises épileptiques, il s'agit soit de crises paraissant indépendantes de la psychose périodique (intoxication alcoolique, syphilis cérébrale, artério-sclérose), soit de crises symptomatiques avec souvent des caractères nets d'organicité (Lange). C'est ainsi que Krapelin cite le cas d'un malade atteint de psychose maniaque-dépressive : au cours d'une phase maniaque, apparition de crises épileptiques graves suivies de paralysie ; mort au cours d'une crise convulsive. A l'autopsie, il trouva un cerveau scléreux.

L'observation suivante est particulièrement démonstrative. Elle concerne un sujet atteint de psychose périodique qui a présenté, au cours d'un accès mental, une crise convulsive unique suivie de troubles organiques transitoires. Comme le démontra l'autopsie du sujet faite 17 ans plus tard, cette crise fut déterminée par une hémorragie cérébrale et le diagnostic douteux de crise épileptique porté à cette époque put être ainsi éliminé.

OBSERVATION 5. — F... Eugène, comptable, âgé de 56 ans, entre pour la première fois à Sainte-Anne, le 6 mars 1926.

Aucune tare héréditaire connue. Il a un fils âgé de 20 ans et une fille de 22 ans bien portants.

Dans ses antécédents personnels, on note : convulsions infantiles. A 6 ans, trauma cranien qui a laissé une cicatrice frontale avec dépression osseuse sous-jacente. Rien de particulier au sujet de son développement physique et intellectuel. F... a toujours été considéré comme étant d'une intelligence supérieure à la moyenne.

D'après les renseignements donnés par sa femme, il aurait fait, à l'âge de 18 ans, une fugue de trois jours à la suite d'une contrariété

(échec à l'examen du brevet supérieur), une autre fugue de cinq jours un an après son mariage.

Depuis son mariage, il présente des alternatives de « neurasthénie et de surexcitation nerveuse », d'une durée d'un à trois mois, séparées par des périodes d'un à deux ans, pendant lesquelles l'état mental est normal. Les crises débutent par une céphalée violente. F... se lève la nuit pour se mettre de l'eau sur la tête. Il a conscience des modifications de son psychisme.

Pendant les phases de dépression, il se dit perdu, incapable, incurable et il reste au lit.

Pendant les phases d'excitation, il sort, va et vient, dérange tout, tient des propos décousus, ne dort plus. Au cours de certains accès, il s'est livré à des enfantillages, crayonnant, faisant des signaux, allumant des allumettes et disant à sa femme : « Tu sais, je ne veux pas mettre le feu. » Il écrit de nombreuses lettres, fait des dépenses exagérées.

A 37 ans, après une tentative de submersion avec ses deux enfants, il a été hospitalisé à l'asile d'Orléans, où il serait resté trois mois.

A 44 ans, il est mobilisé comme garde-voie. Il est réformé à la suite d'actes incohérents. Il avait quitté ses souliers, et voulait marcher pieds nus sur la voie ; il n'avait aucune régularité dans ses factions. Il est hospitalisé une deuxième fois à l'asile d'Orléans, d'où il s'évade huit jours plus tard.

Son internement à Sainte-Anne, à 56 ans, est donc le troisième. Le certificat immédiat est ainsi rédigé : « Dépression mélancolique tardive. Retard dans les perceptions, désorientation, troubles de la mémoire, confusion, anxiété, insomnie. »

Ses propos sont incohérents, réponses à côté ; F... ne peut dire depuis combien de temps il a cessé tout travail ; il ne peut donner l'âge de ses enfants. Etat dépressif, lenteur de l'idéation.

On note l'abolition des réflexes patellaires et achilléens ; les pupilles réagissent lentement.

Quelques jours plus tard, agitation violente, et les propos sont complètement incohérents.

Le 12 mars, c'est-à-dire 6 jours après l'hospitalisation, vers 5 heures du matin, crise convulsive généralisée suivie de résolution complète et de semi-coma. Pas d'émission d'urine, ni de morsure de la langue. Reprise de la connaissance dans la matinée, mais persistance de l'hébété.

Le docteur Trénel constate alors l'abaissement de la commissure labiale gauche qui est flasque et nettement tirée du côté droit ; la langue est déviée vers la gauche ; légère logophtalmie droite, absence des réflexes rotuliens et achilléens ; pas de signes de Babinski ni d'Oppenheim. La force musculaire est nettement diminuée du côté gauche. Les réflexes pupillaires sont plus faibles du côté gauche.

Un examen du sang et du liquide céphalo-rachidien donne des résultats négatifs. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Les jours suivants, l'état mental s'améliore progressivement. Amné-

sie sur les faits qui se sont produits les premiers jours de son internement. F... sort de l'asile le 31 mai 1926.

Nouvel internement d'office à Sainte-Anne, à 61 ans, le 20 mars 1931 (soit le quatrième). Au cours d'une discussion, il a frappé son fils et sa bru, qui ont appelé police-secours. Le certificat de l'Infirmier Spéciale porte : « Torpeur psychique, hypertonie, bradypsychie. Dépression. Irascibilité. Insomnie. Légère hostilité. Ton sentencieux. Véhémence. Retard des réactions. Bris d'objets et violences envers les siens, de caractère impulsif. Partiellement, présentation d'un état mixte. Faciès figé. Marche sans syneinésie. Réflexes tendineux inférieurs abolis. Pouls 34 ; réflexes oculo-cardiaques 64-80. » (Signé : D^r de Clérambault).

A l'entrée, la température oscille entre 37° et 38° ; un examen du liquide céphalo-rachidien donne des résultats négatifs : Albumine : 0,18 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; Lymphocytes : 0,2 ; Benjoin ; 00000.21100.00000. Bordet-Wassermann négatif. Dans le sang, Hecht et Meinicke négatifs.

L'amélioration se fait progressivement. La mise en liberté est accordée le 7 juin 1931.

Nouvel internement d'office à 63 ans, le 3 novembre 1933, ce qui fait le cinquième. Il est nécessité par une crise d'agitation. Le certificat de l'Infirmier est ainsi conçu : « Excitation atypique, vraisemblablement état mixte avec prédominance maniaque. Hyperfonus. Fermeté. Solennité. Mutacisme. Ton sentencieux. Susceptibilité et hostilité à l'égard des siens. Récriminations. Colères, menaces. Subagitation nocturne. Désordre. Affaiblissement intellectuel. Pouls 96. Insomnies. Réflexes rotuliens et achilléens abolis. Tremblement (vin 1 litre). » (Signé : D^r de Clérambault).

Les troubles mentaux ne disparaissent qu'en février et la mise en liberté a lieu le 10 mars 1934.

Nouvel internement d'office (le sixième), à l'âge de 65 ans, le 10 avril 1935. Le certificat de l'Infirmier Spéciale est ainsi rédigé : « Subexcitation psychique, expansion, aisance, absence d'étonnement de se trouver à l'Infirmier. Explications diffuses. Mobilité de l'attention. Fond d'hypertonie avec bavardage. Vagues idées de persécution sur thème familial. Récriminations sans âpreté. Agitation par intervalles. Sommeil irrégulier. Chants. Pas de signes neurologiques sauf tremblement digital et lingual. Aspect un peu figé. Dureté de l'ouïe. »

L'état mental est redevenu normal en juillet 1935.

Le 18 mai 1939, à l'âge de 69 ans, nouvel accès maniaque-dépressif qui nécessite l'internement : « Excitation psychique atypique, turbulence ; irritabilité, revendications ; vagues idées de persécution ; hostilité, récrimination à l'égard de sa famille ; querelles avec les voisins ; violences ; lenteur psychique ; obtusion, appoint éthylique ; tremblement digital et lingual, abolition des réflexes rotuliens ; présénilité. » L'accès se termine par la guérison quelques mois plus tard.

En 1943, à l'âge de 73 ans, accès hypo-maniaque qui nécessite de nouveau l'hospitalisation. Une ponction lombaire donne encore des résultats négatifs : Tension : 35-15 couché ; Albumine : 0,25 ; Pandy et Weiehbrodtt : 0 ; Leuco. : 0,4 ; Benjoin : 00000.12222.00000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs. Les réactions sont également négatives dans le sang.

Le malade meurt le 18 mars 1943. A l'autopsie, on note une altéromasie généralisée et dans l'hémisphère droit, au niveau de la partie antérieure de la deuxième pariétale, une perte de substance intéressant le cortex de la substance blanche sous-corticale sur une profondeur de deux centimètres. Les parois ont une teinte ocreuse, les bords sont nets ; la lésion présente donc les caractères d'un foyer cicatriciel très ancien, séquelle d'une hémorragie.

Ainsi ce sujet fut interné huit fois en 36 ans pour des accès maniaeco-dépressifs. Il n'a présenté qu'une crise convulsive en 1926 et celle-ci fut une crise symptomatique, causée par une hémorragie cérébrale.

Dans le cas suivant, observé par l'un de nous, il s'agit d'une malade atteinte d'un état cyclothymique se traduisant par des phases alternatives d'excitation et de dépression stuporeuse d'une durée de 15 à 20 jours ; les phases intercalaires sont très brèves, de quelques heures seulement. Treize ans après le début des accidents, elle présente une crise caractérisée par une chute brutale avec perte de conscience et une hémiplegie consécutive qui disparaît rapidement. Les accès mentaux périodiques se reproduisent sans modification dans la suite. La malade devient obèse ; on note de la polyurie et de la polydipsie. Mort à l'âge de 49 ans. L'examen histologique dénote des lésions de méningite chronique, avec, par places, un processus subaigu et des lésions vasculaires inflammatoires dans le cortex cérébral et dans la région infundibulaire.

A propos de ce cas, nous montrions l'intérêt de telles constatations organiques. Elles expliquent l'évolution possible de certaines formes mentales périodiques vers un état dementiel ou un syndrome de démence précoce (Marburg) et l'apparition de crises épileptiques au cours de ces états. Takose a également relevé chez des sujets considérés comme atteints de psychose maniaque-dépressive des lésions chroniques des méninges et des éléments cellulaires intéressant surtout la partie antérieure des lobes frontaux et des lobes temporaux.

Dans une autre observation publiée avec Dautrebanle concernant un sujet syphilitique atteint de folie à double forme, des accès épileptiques très fréquents sont survenus à l'âge de 50 ans, quinze ans après le début du premier accès mental ; mort

au cours d'un accès à l'âge de 52 ans. L'examen anatomo-pathologique décèle une gomme cérébelleuse et des lésions de pachyméningite.

Les données des recherches électro-encéphalographiques, concernant les équivalents mentaux épileptiques et les accès de la psychose périodique, n'autorisent encore aucune indication pour établir ou écarter un rapport entre les deux états mentaux. Les mêmes variations de l'activité physiologique du cortex cérébral peuvent s'observer chez des personnes atteintes de divers troubles psychopathiques, de sorte qu'il n'y aurait entre elles qu'une différence de degrés (Davis). Notons cependant que dans les états mentaux épileptiques post-paroxystiques le rythme serait anormalement lent (Clarke et Lesko) ; l'électro-encéphalogramme serait de grandes amplitudes chez les sujets atteints de psychose maniaque-dépressive (Liberson) ou ne présenterait aucune modification importante (Lemerc, Hoagland, Cameron et Rubin ; Hughes, Stricker et Appel).

Les recherches sur les modifications soit physiologiques, soit humorales, n'apportent pas, dans la plupart des cas, des résultats importants pour le diagnostic. Il arrivera, cependant, que parfois l'examen du liquide céphalo-rachidien décèlera quelques anomalies qui indiqueront qu'il ne s'agit pas d'une psychose périodique vraie, endogène ou constitutionnelle, et qui orienteront plutôt le diagnostic vers celui de troubles mentaux épileptiques en rapport avec une base organique.

Les heureux effets d'un traitement anticomitial sur la marche des troubles mentaux périodiques peuvent également, dans certains cas, être en faveur du diagnostic d'épilepsie.

En résumé, que l'on envisage les antécédents héréditaires, les caractères de la personnalité prémorbide, les particularités cliniques, biologiques et même thérapeutiques, aucunes de ces données ne permettent de confondre en un même groupe nosologique la psychose périodique vraie, endogène ou constitutionnelle, et l'épilepsie psychique, qu'elle soit périodique ou non. Un même sujet peut être atteint de psychose périodique vraie et de crises rares d'épilepsie convulsive en rapport avec une complication toxique ou organique, mais le fait est exceptionnel. Si l'on admettait que la psychose périodique et l'épilepsie psychique ne sont que deux modalités d'une même famille, on serait amené à trouver des liens de parenté entre bien d'autres troubles mentaux et l'épilepsie, ce qui simplifierait singulièrement toute discussion.

LES PSYCHOSES HÉRÉDO-SYPHILITIQUES

PAR

ANDRÉ BARBÉ

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Ces psychoses étaient autrefois peu connues, car les états d'arriération intellectuelle, accompagnés ou non de malformations congénitales, étaient considérés comme relevant soit de traumatismes pendant la grossesse ou l'accouchement, soit d'une hérédité névropathique, alcoolique (Fonquernie, Bourneville) ou tuberculeuse, ayant provoqué des malformations congénitales, ou acquises dans le jeune âge. Or, il semble bien que le traumatisme obstétrical ne fasse qu'aggraver un état dans lequel la syphilis joue un rôle fréquent, il provoque simplement une lésion vasculaire dont la conséquence est une encéphalopathie, mais il n'agit qu'autant que le cerveau a été sensibilisé, fragilisé par l'hérédo-syphilis (Babonneix, *Encéphale*, juin 1929).

Quant à l'hérédité névropathique, c'est un mot trop vague et presque vide de sens. L'alcool et la tuberculose paraissent jouer un rôle certain, mais moins fréquent qu'on ne le pensait et l'on considère aujourd'hui que la syphilis est en cause dans un grand nombre de cas d'arriération mentale, qu'il s'agisse de psychopathie de l'enfance et de l'adolescence ou qu'elle soit responsable de beaucoup d'infirmités *psychiques* dites *constitutionnelles* (Fournier).

Elle peut donc donner lieu à toutes les formes d'arriération mentale, depuis l'idiotie la plus profonde, jusqu'à la débilité mentale légère, ainsi qu'à tous les états de perversion et d'amoralité.

Le rôle *étiologique* de cette syphilis congénitale est démontré par : les *antécédents* : la mère a un grand nombre d'avortements et de morts-naissances avant la venue à terme de l'hérédo-spécifique (Fonquernie) ; la *clinique* : les stigmates physiques (Stern,

Journ. de psych. infantile, 11-1-1935) qui sont aujourd'hui mieux connus apparaissent dès la naissance, dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte, et se traduisent par des malformations acquises ou de développement, des lésions cutanées, osseuses ou nerveuses *tardives* (Fournier) ; la *biologie* : examens du sang et du liquide céphalo-rachidien. La syphilis congénitale serait même plus fréquente que la biologie ne tendrait à le montrer, car les examens humoraux peuvent être négatifs (Mestrezat, Paddle (*The Journ. of neurol. and psych.*, t. XV, n° 58, oct. 1934) alors que la clinique démontre une origine spécifique certaine (Sandri) ; l'*anatomie pathologique* qui montre des lésions : *méningées* : pachyméningite, leptoméningite (fréquemment associées à des lésions corticales par un processus de méningo-encéphalite), méningite gommeuse ou scléreuse, infiltration leucocytaire, présence de tréponèmes ; *vasculaires*, avec hémorragies méningées ou corticales ; du *tissu nerveux*, néoplasmes gommeux, infiltration gommeuse diffuse, ramollissement ischémique, ramollissement hémorragique, sclérose cérébrale atrophique, sclérose sous-épendymaire, épendymite granuleuse (Sandri) ; les *statistiques* : la plupart de celles-ci portent sur l'enfance et l'adolescence (on les retrouvera plus loin). Elles montrent chez les arriérés une énorme proportion d'hérédo-syphilitiques.

Assurément, l'hérédo-syphilis mentale est moins fréquente chez l'adulte que chez l'enfant, puisque la syphilis héréditaire tue souvent dans l'adolescence ceux qu'elle a épargnés dans le jeune âge, mais sa fréquence n'est cependant pas négligeable, puisque Verneylen et Decamps (*Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, XXXIII^e sess., Barcelone, mai 1929) trouvent 18 % d'hérédo-syphilitiques dans les états de débilité mentale ; il est même probable qu'elle est encore plus fréquente que ne l'indiquent les statistiques (Sandri).

Cependant il faut faire une réserve ; il ne suffit pas, comme dans la syphilis acquise, qu'il y ait hérédo-syphilis pour que le trouble mental se rapporte forcément à celle-ci : la syphilis fournit simplement un terrain dégénératif, de prédisposition sur lequel le traitement spécifique n'a aucune action. Cette remarque s'applique surtout aux psychoses constitutionnelles.

CLASSIFICATION

Quelle que soit leur date d'apparition, ces psychoses se traduisent par des troubles mentaux, physiques et humoraux.

L'état mental et les *stigmates* sont variables, suivant l'âge des

sujets, car chez le nouveau-né et dans la première enfance, ils correspondent surtout à des arrêts de développement, alors que chez l'enfant et l'adulte, ils correspondent surtout à des anomalies de développement. Chez le premier, il s'agit donc plutôt de monstruosité, se traduisant psychiquement par un déficit intellectuel et physiquement par un déficit organique (surtout nerveux). Chez le second, il s'agit plutôt de dégénérescences avec anomalies mentales et anomalies de développement (dystrophies).

ÉTUDE D'ENSEMBLE

Comme pour la syphilis acquise, on peut envisager deux méthodes de description : l'étude séparée des symptômes ou de l'anomalie présentée ; l'étude des troubles mentaux suivant leur date d'apparition. La seconde méthode nous paraît préférable car elle est plus clinique ; les symptômes varient avec l'âge et la date d'apparition des accidents ; on s'expose moins à des redites.

Psychopathies hérédo-syphilitiques de l'enfance (arrêts de développement, monstruosités).

La fréquence de leur origine syphilitique était peu connue autrefois, car on ne disposait pour établir celle-ci que de l'interrogatoire des parents et de quelques signes cliniques, c'est pourquoi les statistiques de Lucas (*Boston Médic. and surg. journal*, août 1912), Biswanger, Wildermuth, Heubner, Bourneville ne donnaient qu'un faible pourcentage ; aujourd'hui, les progrès de la clinique, de la biologie et de l'anatomie pathologique permettent d'établir l'origine certaine de la syphilis dans un grand nombre de cas où elle aurait été, sinon méconnue, tout au moins à peine soupçonnée (il ne faut pas oublier que la notion de syphilis nerveuse est d'acquisition récente). Les statistiques modernes montrent son extrême fréquence : Heuyer la trouve dans 50 % des cas, Vermeylen et Decamps dans 39 % et Streicher (*Deutsch Zeit. für Nerven*, juin 1928, Bd 104, H. 1/2) dans 20 % ; Vermeylen (*Congr. des méd. alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, Paris, mai-juin 1925) estime que, cliniquement, 60 % des hérédo-syphilitiques sont des idiots, 21,7 % des débiles et 18,3 % des imbéciles ; biologiquement, il trouve chez les enfants anormaux une réaction de Bordet-Wassermann positive dans 18 % des cas et une réaction négative chez 26,4 % des enfants présentant des signes de probabilité hérédo-syphilitiques. Hamel et Lopez-Albo (*Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, XXXIII^e sess., Barcelone, mai 1929) trouvent 83 % d'hérédo-syphilitiques chez les psychopathes infantiles,

par une statistique basée sur les enquêtes familiales, la recherche des stigmates, les réactions biologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Idiotie. — Cet état de profonde arriération intellectuelle et physique, et dont nous envisagerons uniquement ici les rapports avec la syphilis, peut se présenter sous toutes ses formes cliniques, et à tous ses degrés, même l'idiotie la plus profonde, incompatible avec l'existence, telle que la sclérose cérébrale avec microgyrie (Rosenfeld, *Dermatol. Zeitsch.*, Bd 54, fasc. 6, nov. 1928), et l'anencéphalie (Paucol, *Confér. de la syphilis hérédit.*, Paris, oct. 1925).

La fréquence de l'hérédo-syphilis comme cause d'idiotie a été signalée par Vermeyleylen, Aguglia (*Riv. ital. di neuropat. psych. e lettr.*, juillet-août 1921) ; Lévy-Valensi, Smith et Woodforde (*Proceed. of the Roy. Soc. of Med. of London*, vol. IV, n° 7 ; *Sect. for the study of dis. in children*, avr. 1911) ; Dayton (*J. of the Amer. med. assoc.*, t. 87, n° 12, sept. 1926) ; Chaslin, Lucas. Les statistiques donnent les chiffres suivants : Binswanger : 21 % ; Wildermuth : 12 % ; Heubner : 23 % ; Lippmann (*Deut. Zeit. für Nervenhe.*, 1910, Bd XXXI, X, 1-2) : 40 % ; Atwood (*Journ. of the amer. med. assoc.*, août 1910) : 14,7 % ; Dean (*Proceed of the Royal Soc. of med., of London*, juillet 1910) : 21 % ; l'origine syphilitique d'un grand nombre de cas d'idiotie est démontrée par la clinique (troubles pupillaires, atrophie du nerf optique, accidents cutanés et osseux, gommès) et par la sérologie (bon nombre de cas sont même uniquement dépistés par cette méthode).

Ces états d'idiotie peuvent s'accompagner de : *myxœdème* (Halberstadt et Nouet (*Congr. des alién. et neur. de France et des pays de langue franç.*, Dijon, 1908) ; Schiff et Daussy (*Soc. de psychiat.*, mars 1927) ; de *mongolisme*. Les rapports de celui-ci avec la syphilis sont discutés, Mac Clelland et Ruh (*Journ. of the Amer. med. assoc.*, mars 1917) après examen de 13 cas, ne les admettent pas ; Riddel et Steward (*The Journ. of. neurol. and psych. pathol.*, nov. 1923) sur 55 observations n'ont trouvé qu'une seule fois le Bordet-Wassermann positif dans le sang, et toujours négatif dans le liquide céphalo-rachidien. Cependant, la précipitation de l'or colloïdal se fit dans tous les cas, dans la zone syphilitique, en sorte qu'ils ne croient pas que l'on puisse éliminer d'emblée l'origine spécifique du mongolisme. Par contre, Stevens se montre partisan de cette origine et Babonneix (*Gazette des hôp.*, an XCIX, n° 74, sept. 1926) a trouvé l'hérédo-syphilis dans trois cas sur quatre ; il reconnaît cependant que beaucoup de mongoliens ne sont nullement entachés de spécificité ; d'*hydrocéphalie* : son

origine hérédo-syphilitique est reconnue par Sandri et par Gaucher (*Encéphale*, 1912, I) qui signale l'heureuse influence du traitement spécifique précoce ; de *maladie de Little* ; ses rapports avec l'hérédo-syphilis sont admis par Adekine, Babonneix, Sandri suivant qui cette rigidité spastique congénitale des membres peut se voir avec ses localisations diverses : myélite aiguë ou subaiguë, formes cervicale, dorso-lombaire, du cône terminal, cérébro-spinale, amyotrophique et pseudo-tabès ; de *maladie de Friedreich* : Gianelli (*II policlinico*, Sez, prat., fasc. 1908) et d'*épilepsie*.

Imbécillité. — Les rapports de l'imbécillité avec l'hérédo-syphilis ont été signalés par A. Marie et Bechterew, Babonneix et Røederer (*Soc. de Pédiat.*, janv. 1929). La démonstration en est fournie par les réactions sérologiques fortement positives chez l'enfant et les parents.

Débilité mentale. — L'origine syphilitique de celle-ci existerait dans plus de 50 % des cas (Fraser et Watson, *Journ. of mental science*, oct. 1913). L'état mental de ces enfants (étudié par Queyrat, *Confér. de la Syph. hérédit.*, Paris, oct. 1925 : Apert) se traduit par un esprit capricieux, instable, des sautes d'humeur et sans motifs, un défaut d'équilibre cérébral, de la difficulté du travail intellectuel, des impulsions ambulatoires, des colères et c'est avec raison que Fournier a écrit : « Ils ont été en retard pour parler, ils n'ont appris à lire et à écrire, mais à lire plus spécialement encore, qu'avec une difficulté singulière. Toujours leur mémoire s'est montrée défectueuse, débile, paresseuse, infidèle. Ils deviennent de mauvais écoliers, inintelligents, mal doués, rebelles à la culture et au développement, bornés en un mot, et constituant le type de ce que l'on appelle par euphémisme "des enfants arriérés" ».

Ces états de débilité mentale peuvent s'accompagner : de *signes physiques* : tabès fruste, abolition des réflexes, signes oculaires (Targowla et Lamache, *Soc. de psychiatrie*, déc. 1925) ; de *troubles endocriniens* (Laignel-Lavastine, *Soc. de psychiatrie de Paris*, nov. 1924 ; Laignel-Lavastine et Heuyer, *Encéphale*, t. 16, n° 3, mars 1921) ; d'*épilepsie*, dont l'origine hérédo-syphilitique paraît bien démontrée dans ces cas (Vermeylen et Deamps, Hamel et Lopez-Albo), surtout si l'on y joint certains symptômes physiques, tels que l'irrégularité des crêtes tibiales, la dureté des testicules et la rigidité pupillaire à la lumière, qui font porter le diagnostic (Terrien et Babonneix, *Gazette des hôp.*, an XCIX, n° 40, mai 1926). Ce dernier sera basé sur : les *stigmates cicatriciels, dystrophiques et tératologiques*, les résultats de l'enquête familiale, les

réactions sérologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (Hamel et Lopez-Albo).

Psychopathies hérédo-syphilitiques de la puberté

Epilepsie. — Les rapports qui unissent le mal comitial à l'hérédo-syphilis des enfants sont admis par la plupart des auteurs (Fraser et Watson, Hamel et Lopez-Albo, Babonneix, *Monde médical*, n° 689, juill. 1926 ; Aublant, Paul-Boncour, *Progrès médical*, juin 1913 ; Gaucher, Marehand et Bauer, *Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, XXX^e sess., Genève, août 1926). Aublant les a trouvés dans 33 %, Babonneix dans 16 %, Marehand et Bauer dans 4,5 % des cas. L'épilepsie serait *causée* : soit par infection tréponémique, soit par diminution de résistance de l'encéphale à des états méningés non spécifiques. Son *apparition* serait favorisée par un traumatisme crânien.

Le diagnostic étiologique sera basé sur : la notion d'infection chez les parents avant la naissance de l'enfant ; l'examen clinique qui n'est pas toujours suffisant, car il n'y a parfois aucun stigmate apparent, et la biologie. Le Bordet-Wassermann du sang donne de précieux renseignements quand il est plusieurs fois positif, mais il est parfois négatif. Dans le liquide céphalo-rachidien, le Bordet-Wassermann peut être négatif ; la réaction du benjoin peut être positive, avec présence d'albumine et réaction lymphocytaire.

Cette épilepsie peut s'accompagner d'hémiplégie.

Le traitement spécifique n'a pas toujours beaucoup d'influence sur elle.

Démence précoce. — Lévy-Valensi rend la syphilis responsable de beaucoup de cas de démence précoce, et Marehand (XXIX^e *Congr. des alién. et neur. de France et des pays de langue franç.*, Paris, mai-juin 1925) a même décrit une démence précoce hérédo-syphilitique. Soukhanoff (*Ann. méd.-psych.*, mai-juin 1911) considère celle-ci comme une dystrophie para-hérédo-syphilitique particulière ; il a trouvé le Bordet-Wassermann positif dans 8 % de ces cas.

Démence complète. — Chaslin, Vermeylen et Decamps, Auton (*Monatsch für Psych.*, 1909, XXV), Marehand, Stora et Mme Gaultier (*Ann. méd.-psych.*, 1938, I) ont signalé l'évolution démentielle de certains cas de syphilis héréditaire.

Troubles endocriniens — Étudiés par Drouet et Hamel (*Rev. franç. d'endocrinol.*, t. VII, n° 1, févr. 1929), Laignel-Lavastine, Laignel-Lavastine et Heuyer, ces troubles assez fréquents chez

certaines enfants hérédo-syphilitiques seraient en grande partie la cause de leur dégénérescence psychique et physique. On peut trouver : des troubles massifs et typiques, des troubles légers et pluri-glandulaires, une indifférenciation sexuelle relative (gynandres, androgynes) et l'hyperthyroïdie légère, si fréquente chez certains émotifs.

Psychopathies hérédo-syphilitiques de l'adulte

La syphilis héréditaire peut constituer un terrain dégénératif, facilitant l'apparition de ces psychoses. Son rôle est certainement important, mais impossible à déterminer actuellement d'une façon précise (Hamel et Lopez-Albo), aussi peut-on encore aujourd'hui leur appliquer le terme de dégénérescences mentales, employé par Magnan. Pour les expliquer, Marie et Valence (*Soc. de psychiat. de Paris*, mai 1926) ont invoqué la transmission de la syphilis neurotrope qui provoquerait une méningite parfois prédominante à la base du cerveau (Solervicens et Tolosa). Ces psychoses peuvent se manifester sous bien des aspects cliniques et avoir une évolution extrêmement variable. Voici les principales d'entre elles :

Asthénie, neurasthénie constitutionnelle, obsessions, impulsions. — Ces états, étudiés par Mareel Pinard (*Bull. et mém. de la Soc. médic. des hôp. de Paris*, mai 1925), Toporkoff (*Progrès médical*, 3 nov. 1928). Régis, Hesnard (*Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, XXXIII^e sess., Barcelone, mai 1929), Queyrat, Hamel et Lopez-Albo, peuvent se voir dans la syphilis héréditaire, et être conditionnés par elle. On observe surtout : l'*asthénie*, état de fatigue et de dépression, souvent guérie par le traitement spécifique, des *états d'angoisse*, des *neurasthénies constitutionnelles*, des *obsessions* avec ou sans impulsions, la *psychasthénie*, dont l'origine hérédo-syphilitique est démontrée dans 21 % des cas par les examens biologiques, les stigmates dystrophiques et les signes de neuro-syphilis.

Etats circulaires. — Étudiées par Raymond et Janet (*XII^e Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç.*, Bruxelles, août 1903), Laignel-Lavastine et Vinchon (*L'Encéphale*, juin 1929), Laignel-Lavastine et Valence (*L'Encéphale*, 1926), les psychoses périodiques, qui se traduisent par des périodes de dépression mélancolique et d'agitation maniaque, sont heureusement influencées par le traitement ; elles peuvent s'accompagner de *troubles endocriniens* : ces malades sont des déprimés intermittents avec dysthyroïdie, et diminution légère du métabolisme basal (Laignel-Lavastine, *Conférence de la syph. héréditaire*, Paris, oct. 1925).

Syphilis cérébrale diffuse. — Carrette et Lamache ont décrit sous ce nom des troubles polymorphes avec rémissions et rechutes, qu'ils ont séparés de la démence précoce avec coïncidence syphilitique, et de la paralysie générale.

Etats hallucinatoires. Hallucinoïse. — Targowla et Lamache (*L'Encéphale*, 1926), Claude, Baruk et Vervaeck (*Ann. méd.-psych.*, 1927, 1), Hamel et Lopez-Albo ont observé : soit l'*hallucinoïse* (fréquemment auditive) à l'exclusion de tout autre élément hallucinatoire ou interprétatif ; soit le *syndrome hallucinatoire*, le plus souvent auditif ou visuel.

Démence précoce. — L'hérédo-syphilis peut, comme nous l'avons dit, jouer un rôle dans certains cas de démence précoce : affaiblissement intellectuel, indifférence, inertie, incohérence, délire onirique, hallucinations auditives, visuelles, troubles de la sensibilité générale, gâtisme (Marehand et Marechal, *Soe. clin. de méd. ment.* févr. 1929), Régis, Chaslin, Marehand, Soukhanoff). Mais la notion de l'hérédo-syphilis dans la pathogénie de la démence précoce est discutable, car on peut ne trouver ni stigmata d'hérédo-syphilis, ni réaction humorale, en sorte qu'il n'y aurait peut-être aucun rapport entre les deux (Roubinovitch et Levaditi).

Confusion mentale signalée par Hamel et Lopez-Albo.

Démence complète. — Chaslin cite un cas de syphilis cérébrale héréditaire, ayant amené une démence complète, en sorte qu'il s'agissait à la fois d'une arriération et d'une démence.

Epilepsie. — Celle-ci peut apparaître chez des adultes hérédosyphilitiques (Leroy, *Ann. méd.-psych.*, 1921, 1 ; Paul-Boneour, Babonneix, Marchand et Bauer, Aublant, Terrien et Babonneix, Hamel et Lopez-Albo). Elle n'est pas particulièrement fréquente (12,85 % d'après Hamel et Lopez-Albo).

Le diagnostic de l'origine hérédo-spécifique de ces psychoses est parfois très difficile, il peut même être impossible.

Pour l'établir, on se basera sur : les réactions humorales dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, mais leur valeur est incertaine à cause de leur atténuation avec l'âge (Hamel et Lopez-Albo, Vermeylen et Decamps, XXXIII^e sess. du Congr. des alién. et neurol. de France et des pays de langue franç., Barcelone, mai 1929. *L'Encéphale*, 1929) ; les stigmates de certitude (cicatriciels), qui sont très rares, et l'enquête familiale : on ne peut affirmer la syphilis héréditaire en dehors de la syphilis certaine des parents. Il devra être fait avec les états semblables qui apparaissent chez des non-hérédo-syphilitiques et les paralytiques généraux.

Réactions médico-légales des hérédo-syphilitiques

Celles-ci varieront avec l'état mental et l'âge du sujet ; toutes sont possibles, même le suicide et l'homieide. Ces réactions ont surtout pour caractère d'être impulsives (surtout les impulsions sexuelles) et dangereuses. Les deux plus fréquentes sont : *l'exhibitionnisme*, surtout dans les périodes d'excitation et de dépression (Wallon et Dereux, *Journ. de psychol. norm. et pathol.*, an XXIII, n° 7, juill. 1926), et *les fugues*, qui peuvent être inconscientes (épilepsie), ou conscientes, sans aucun autre phénomène surajouté (Pernambue, *Revue neurolog.*, 1917, II).

De plus, la syphilis héréditaire joue un rôle dans la *criminalité juvénile* (Hamel et Lopez-Albo, Drouet et Hamel (*La Prophylaxie anti-vénér.*, mai 1929) ; elle est le terrain propice aux psychopathies et par suite à la délinquance ; c'est pourquoi il y a une proportion élevée d'hérédo-syphilitiques chez les délinquants juvéniles. En effet, sur 111 malades, Drouet et Hamel trouvent 52 délinquants, comprenant 49 anormaux, considérés : 39 comme des hérédo-syphilitiques certains ; 6 comme des hérédo-syphilitiques probables ; 4 comme des hérédo-syphilitiques possibles.

Leurs troubles mentaux relèvent de psychoses constitutionnelles (presque toujours dues à l'hérédo-syphilis) ou acquises (souvent dues à l'hérédo-syphilis).

Les délits causés sont : le vol ou la récidive, le vagabondage, les fugues, les viols ou tentatives, les attentats aux mœurs, l'assassinat ou la tentative, le cambriolage, les menaces de coups, l'incendie volontaire.

TRAITEMENT

Le traitement sera basé sur : l'âge du sujet, les constatations mentales, physiques (extrême variabilité des symptômes), biologiques, et les antécédents. Mais il ne faut pas en attendre beaucoup, à cause de l'ancienneté des lésions qui ont créé un état constitutionnel, de leur gravité et des difficultés thérapeutiques, difficultés qui sont de tous ordres.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 13 Mars 1944

Présidence : M. MARCHAND, ancien président

PRÉSENTATIONS

Techniques morbides : exemples empruntés à des travaux féminins spontanés, par MM. J. VIÉ et R. SUTTEL.

Nous ne prétendons pas apporter ici des travaux remarquables par leur valeur esthétique ni par leur originalité ; ce ne sont pas non plus des œuvres délirantes. Mais nous voudrions montrer comment le processus morbide agit sur l'activité appliquée des sujets en modifiant les techniques, c'est-à-dire les procédés d'exécution qu'ils emploient dans leurs travaux. Nous suivons ainsi le programme que nous tracions naguère en étudiant les *Comportements fondamentaux* (1) dérivés de l'activité, considérée comme une fonction primordiale.

Sous le nom de techniques morbides, nous groupons deux ordres de faits : d'abord les altérations, passagères ou durables, que la psychose imprime aux techniques normales ; d'autre part, l'apparition de procédés dont l'usage ne préexistait pas chez le malade et qui, à ce titre, peuvent être considérés comme des innovations, comme des *néo-techniques*.

(1) J. VIÉ, — *Congrès de Psychologie*, Paris, 1937 ; R. SUTTEL, — *Thèse de Paris*, 1939.

ALTÉRATIONS DE TECHNIQUES NORMALES. Voici deux exemples de ces « ratés » de la technique.

1. D'abord cette large *rose* réalisée avec des cotons de couleurs brillantes, suivant la technique de la broderie « au passé ». L'effet n'est pas déplaisant, mais que le dessin reste confus ! Les pétales du cœur de la rose, en particulier, forment une masse désordonnée dont la direction des points ne sépare pas les éléments. Le but poursuivi était difficile, mais la malade, intelligente et habile, avait exécuté précédemment de magnifiques ouvrages de ce genre. Le tissu mal tendu est tirailé en tous sens par les points : il s'agit d'un travail « bâclé ».

Marguerite S., périodique depuis vingt ans, présentait de nombreux accès maniaques. Elle avait entrepris notre travail à la veille de l'un d'entre eux, le 8 décembre 1929, entrant dans la phase hypomaniaque ; le 16 décembre, acerbe et ironique, ne tenant plus en place, elle nous remettait la rose, à laquelle se limitait le coussin promis ; le 21 décembre, il fallait passer Marguerite en quartier d'agitées où elle devait rester jusqu'en juin 1930. La précipitation, l'inachèvement, l'absence de soins et de mesure signent la phase hypomaniaque. A la phase maniaque aucun travail n'aurait plus été possible.

2. Voyez maintenant ces deux morceaux de *broderie sur « filet »* : cette bande ornementale, ce petit sujet classique, figurant deux amours sont exécutés, à l'endroit, de façon parfaitement correcte. Mais l'envers est hérissé de nœuds qui marquent autant de ruptures du fil ; il y en a des dizaines. Or, la technique du filet ne laisse pour ainsi dire aucune différence entre les deux faces. Le fil doit garnir le dessin sans interruption, de même que dans le jeu du labyrinthe, le crayon parcourt tous les trajets sans avoir jamais à croiser l'un des itinéraires précédents.

L'auteur de ces ouvrages, Mme N. qui autrefois avait exécuté de vastes vitrages absolument impeccables, fut atteinte d'une psychose hallucinatoire à forme de délire d'influence avec prédominance de troubles psychomoteurs. Un prêtre l'envoûtait, des esprits intervenaient sans cesse dans sa vie organique et psychique ; on la faisait penser, disait-elle, on mettait la main sur elle, on l'empêchait de travailler ; elle présenta de l'écholalie, de l'échopraxie. Tout cela s'est atténué, mais Mme N. souffre encore d'inhibitions psychomotrices résiduelles, elle n'est plus maîtresse de la conduite de son travail sur quelque étendue de sa « grille ». Et ces petits « ratés » enlèvent à son « filet » toute valeur marchande.

TECHNIQUES NOUVELLES. L'innovation peut résider dans *l'instrument*, dans la *matière*, dans le *procédé* employés.

3. Voici une série de *broderies*, petits napperons, petits motifs ornementaux, réalisés dans des conditions bien spéciales. La matière en a été fournie par des morceaux de draps, de camisoles déchirés par Léontine R. L'instrument exclusif fut un crochet primitif fait de la moitié d'une épingle à cheveux en fer. La malade travaillait en cachette, son drap sur la tête. Le centre des ouvrages comporte souvent des jours en fils tirés ; parfois le grain originel en est remanié par un travail de points concentriques au crochet. Le pourtour est constitué par une auréole de « brides » en forme d'anses de différentes tailles et diversement combinées, qui donnent à l'ouvrage un joli effet de légèreté.

Léontine avait toujours été de caractère sombre ; à la mort de son mari, depuis longtemps malade, elle fit un accès de mélancolie anxieuse et délirante ; elle se crut damnée pour avoir consulté le fakir Birman, se confina dans le mutisme. En 1938, tuberculeuse, elle a des idées de suicide, des impulsions, perd 10 kg. Les travaux ont été exécutés de mai 1940 à mars 1941 : Léontine s'améliore, mais se cache dans son lit pour manger, ne prend ses aliments qu'à l'aide d'un os iliaque de lapin jalousement conservé, dissimule ses ouvrages. Depuis août 1940 elle consent à tricoter, mais reste insociable, méfiante, parfois hostile et grossière. *La néo-technique a marqué, chez elle, la transition entre l'inhibition délirante et la reprise d'une activité utilitaire.*

4. Ce panneau décoratif de 60 x 42 cm., en broderie de laine, coton et soie, de brillantes couleurs, d'une technique originale, atteint un effet esthétique non dépourvu d'agrément. Un peu confus au premier coup d'œil, il offre une profusion de détails, c'est un paysage exotique, digne du douanier Rousseau, avec sa forêt de palmiers, sa végétation luxuriante, son tapis de fleurs multicolores, son ruisseau au premier plan. Une vierge portant l'enfant Jésus, des saints, de petits personnages, des oiseaux fabuleux, des papillons étincelants s'en dégagent dans une débâche de couleurs. L'ouvrage est fait de points très divers suivant les parties du sujet : peinture à l'aiguille, reliefs au point de poste, etc... ; le tout est porté par une pièce de toile que renforcent à l'envers des morceaux de papier, les épaisseurs multiples du feutrage des laines, cotons employés.

Mme Camille R. qui a fait en 1937 une vingtaine de panneaux de ce genre est une ancienne fleuriste en plein air, internée à 38 ans, en 1934, à la suite d'excès alcooliques s'accroissant depuis 12 ans, et qui avaient abouti à un délire de persécution et de

jalousie, puis à un accès onirique subaigu. L'automatisme mental, des hallucinations visuelles avaient persisté. Mais en opposition avec l'irritabilité et la note persécutive du délire, Camille a frappé tous les observateurs par son *euphorie* habituelle, sa passivité satisfaite. Sous quelle influence imaginait-elle ses œuvres si personnelles ? Reproduisent-elles, par un automatisme semi-conscient, des visions oniriques, que colorent les souvenirs de l'ancienne fleuriste ? Camille n'est pas prolixe en commentaires sur son œuvre... « Ce sont des paysages, dit-elle, c'est une grande dame dans la forêt... » Elle laisse ainsi les sujets religieux qu'elle représente ; son comportement par ailleurs n'a rien de mystique. L'expression euphorique de la physionomie répond à la sérénité de l'artiste qui a éliminé l'agressivité persécutive.

5. Terminons par l'étrange *robe* que confectionna dans une couverture de force une démente précoce, tuberculeuse de 27 ans, ancienne couturière, Anna St. Agitée, gâteuse, voleuse, Anna déchire vêtements, linge, draps, couvertures, éventre son matelas, se plonge nue dans la laine de celui-ci comme dans un sac de couchage. En juin 42 elle découd sa couverture de force et en arrache les éléments d'une robe à sa façon. Ce n'est pas une chef-d'œuvre, mais un travail rudimentaire, qui, pour une ancienne couturière, porte bien sa note démentielle. La coupe veut en être moderne, mais mal équilibrée, fortement asymétrique. Les coutures, réduites à des « bâtis », sont faites soit avec des crins, extraits du matelas, soit avec des fils tirés à la couverture. Les points « devant » ou « de côté » sont espacés, irréguliers, non arrêtés aux extrémités ; des nœuds de crin, isolés, rappelant grossièrement les points de suture des chirurgiens, sont les éléments les plus curieux. Des lignes de jours, perpendiculaires les unes aux autres, marquent les anciennes lignes de piqûres de la couverture de force, arrachées par la malade.

Ces productions spontanées de nos malades traduisent le déficit cérébral, la diminution de l'efficacité. Pour les innovations techniques, on peut se demander dans quelle mesure et en vertu de quelle démarche mentale elles reproduisent des procédés analogues à ceux des primitifs. M. R. Mignot (1) avait jadis abordé ce problème ; nous ne pouvons que l'évoquer ici. Bien peu de travaux ont été consacrés aux techniques morbides : signalons la « tentative d'analyse psychologique des travaux manuels des aliénés » exposée en 1904 par Toporkoff. Comme lui, soulignons

(1) R. MIGNOT. — Présentation d'un collier de cailloux. *Société d'Anthropologie de Paris*, 7 avril 1921 ; TOPORKOFF. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1904.

l'intérêt que présente l'extension de ce genre de recherches, et surtout, ajoutons-y l'emploi d'épreuves techniques méthodiques pour suivre l'évolution de la maladie ou l'action du traitement, et apporter un élément objectif au pronostic social.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Les travaux, qui nous sont présentés, ont une forme artistique offrant certains caractères en rapport avec l'état mental des malades qui les ont composés : hypomanie dans les uns, affaiblissement intellectuel dans les autres cas. Dans d'autres cas, les œuvres des malades sont inspirées par leurs idées délirantes. J'ai observé une malade, atteinte de délire de persécution, qui sur tous les chiffons qu'elle pouvait se procurer, représentait en broderie sa persécutrice et tous les ennuis qu'elle lui causait. Sur chacun des chiffons on reconnaissait nettement les traits, toujours les mêmes, de la persécutrice. D'autres malades reproduisent par le dessin ou par des broderies leurs hallucinations visuelles. J'ai présenté ici une épileptique qui dessinait ou brodait sur de la toile les hallucinations visuelles qu'elle éprouvait pendant les auras.

Epilepsie infantile à manifestations périodiques pycnoleptiques. Evolution dementielle progressive. Sclérose méningo-corticale et tubercules cérébraux multiples, par MM. L. MARCHAND et M. BRISSOT.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un cas d'épilepsie dont les particularités cliniques et les constatations anatomopathologiques qu'il entraîne nous ont paru intéressantes.

D... Jaeg, âgé de 9 ans, entre à la Colonie de Vaucluse le 15 décembre 1937 avec le diagnostic d'arriération mentale légère et crises convulsives d'épilepsie. C'est un enfant éveillé qui a pleinement conscience de son état. Son niveau mental est de 7 ans et demi. Comme hérédité pathologique, on relève l'alcoolisme chez le grand-père maternel. D'après les renseignements donnés par son père, le jeune D... aurait des accès comitiaux depuis l'âge de 3 ans.

Quelques jours après l'admission de l'enfant dans notre service, nous constatons chez lui des crises convulsives banales, assez longues et fortes. Mais, dès 1939, elles prennent un caractère périodique et se renouvellent seulement tous les deux à trois mois. Leur durée est de 25 à 30 secondes ; la perte de connaissance est brève et le jeune patient, chez qui l'on ne constate à peu près aucune obnubilation intellectuelle après la crise, reprend immédiatement le cours de son existence, n'oubliant pas de marquer d'un trait sur un morceau de

papier le nouvel accès qu'il vient de subir. Ajoutons que les mouvements convulsifs commencent toujours par le bras droit avec extension rapide à la face ; ils n'ont qu'une faible tendance à se généraliser.

Rien d'anormal dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

En août 1939, l'enfant passe par une période de 15 jours à 3 semaines, durant laquelle il a de nombreuses crises (jusqu'à 90 par jour). En novembre de la même année, nouvelle série. Du 23 novembre au 7 décembre 1940, l'enfant est hospitalisé dans le service de neuro-chirurgie où l'on pratique une ventriculographie et une encéphalographie. A la suite de ces interventions qui ne donnent aucun résultat, D... J... continue à présenter périodiquement des séries d'accès. Les ponctions lombaires décompressives faites dans le service s'avérant absolument inefficaces, le jeune D... J... est de nouveau transféré du 7 juin au 8 juillet 1941 en neuro-chirurgie où l'on pratique sur lui un électro-encéphalogramme. Diagnostic : Epilepsie essentielle. Du 6 août au 15 octobre 1941, nouvelle série de 775 crises. Du 21 décembre 1941 au 4 février 1942, 6 crises. Du 20 février au 8 avril 1942, 292 crises. Enfin, du 4 juillet au 23 septembre 1942, 689 crises.

Notons que cet enfant qui a fréquenté l'école de la Colonie a pu jusqu'alors faire des progrès sensibles.

A partir du 24 septembre 1942, il ne présente plus d'accès comitiaux, mais il devient apathique, indifférent et un peu obnubilé. Son activité intellectuelle baisse et il tombe dans un état démentiel progressif.

Il meurt le 21 mars 1943 de tuberculose pulmonaire à forme granuleuse dont l'évolution a été très rapide.

AUTOPSIE : *Encéphale*. — Examen macroscopique.

Hémisphère droit. — A la partie moyenne de la pariétale ascendante, le cortex atrophié est le siège d'une cupule profonde de deux centimètres. Dans le lobe occipital, à deux centimètres de la scissure inter-hémisphérique et à un centimètre en profondeur, présence d'un tubercule de la dimension d'un gros pois, de couleur jaunâtre et entouré d'une zone très vascularisée. Autre tubercule de la grosseur d'une lentille situé dans le cortex à la partie moyenne de la frontale ascendante.

Hémisphère gauche. — A la partie moyenne de la frontale ascendante gauche, deux tubercules situés à un centimètre l'un de l'autre ; le plus volumineux a la dimension d'une lentille. Autre tubercule dans la région sous-corticale de la deuxième frontale ayant la grosseur d'un grain de mil.

Les ventricules latéraux sont très réduits de volume. L'hémisphère droit pèse : 660 gr., le gauche : 635 gr. ; le cervelet et le bulbe : 160 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : *Encéphale*. *Méninges*. — Au niveau des lobes préfrontaux et des régions motrices, la pie-mère est très épaissie et infiltrée de cellules macrophagiques. Par places, elle adhère au cortex qui est le siège d'une *sclérose névroglique infiltrative*.

Cortex. — Dans les régions préfrontales et motrices, disposition

irrégulière des cellules ganglionnaires dans les différentes couches. Raréfaction des fibres tangentielles, surtout au niveau des lobes préfrontaux et de la corne d'Ammon.

Dans la substance blanche sous-corticale, de nombreux vaisseaux ont leurs parois entourées de corps granuleux.

Dans les deux hémisphères, *présence de nombreux tubercules microscopiques corticaux et sous-corticaux*. Le plus important qui est de la grosseur d'un gros pois est situé dans le lobe occipital droit ; il est le résultat de la fusion de plusieurs follicules tuberculeux. Son centre est complètement caséifié. Dans cette zone, présence de nombreux foyers exsudatifs en voie de formation et formés par des amas de macrophages et de lymphocytes. Autour du tubercule, réaction névrogique intense représentée par des astrocytes monstrueux. La pie-mère est atteinte, par propagation, de *méningite tuberculeuse exsudative* ; caséification diffuse des zones infiltrées. Pas de cellules gran-

On note la même constitution histologique dans les follicules tuberculeux microscopiques disséminés dans les autres régions des hémisphères.

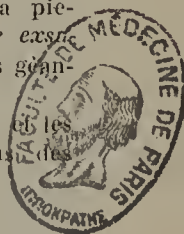
Rien de particulier dans le cervelet et le bulbe.

En résumé, il s'agit chez cet enfant d'une épilepsie à manifestations périodiques se traduisant par des accidents très courts avec prédominance des convulsions dans le bras et la face droits. En considérant surtout leur extrême fréquence et leur brièveté, on pourrait rapprocher cette forme de la pyénolepsie.

La localisation des mouvements convulsifs laissant toutefois supposer que les crises pouvaient être symptomatiques d'une lésion épileptogène siégeant dans la frontale ascendante gauche, nous avons eu alors recours aux examens neuro-chirurgicaux (encéphalographie, ventriculographie), mais ceux-ci sont restés négatifs et un examen encéphalographique nous a même donné comme réponse : *épilepsie essentielle*. L'évolution démentielle progressive vint encore fortifier notre opinion sur le processus organique de cette forme d'épilepsie.

L'examen histologique de l'encéphale nous a apporté la solution du problème. Il décèle deux sortes de lésions : 1° lésions très anciennes diffuses et consistant en *une sclérose méningo-corticale* sans prédominance sur l'un ou l'autre des hémisphères. Cette lésion peut être interprétée comme la cause de l'épilepsie ;

2° les autres lésions paraissent de formation récente et *consistent en tubercules disséminés dans l'écorce cérébrale* avec propagation de l'inflammation à l'écorce du lobe occipital droit sous forme de *méningite tuberculeuse localisée*. L'évolution démentielle peut leur être attribuée.



Quant à la disparition des accidents comitiaux coïncidant avec l'évolution démentielle terminale, on peut penser qu'elle est due aux modifications cérébrales apportées aux lésions scléroseuses corticales primitives sous l'influence du développement des tubercules cérébraux.

DISCUSSION

M. JEAN DELAY. — Peut-on parler dans ce cas de pycnolepsie ? Cliniquement c'est du jacksonisme typique. Pourquoi éliminer ce dernier ? A mon avis, il s'agit simplement d'une forme jacksonienne de la tuberculose cérébrale ou cérébro-méningée. Nous voyons souvent des épilepsies de type jacksonien sans lésions rolandiques. Si l'on a parlé ici d'épilepsie essentielle en se basant sur l'électroencéphalogramme, c'est faire dire à ce dernier plus qu'il n'en peut dire. Cette épreuve permet seulement de dire qu'il y a « un rythme épileptique ».

M. MARCHAND. — Depuis longtemps je soutiens que la plupart des cas décrits sous le terme de pycnolepsie représentent une forme particulière d'épilepsie. J'ai observé des sujets atteints de pycnolepsie qui après plusieurs années ont présenté des crises convulsives épileptiques. Il y a entre la pycnolepsie et l'épilepsie convulsive généralisée des formes de passage dont le cas que nous présentons est un exemple. Par la fréquence des accidents et leur courte durée, le cas actuel est à rapprocher de la pycnolepsie, d'où le titre de notre communication ; il peut être considéré comme un cas d'épilepsie brava-jacksonienne. Or, ce sujet a présenté, avant d'être atteint de cette forme particulière, des crises convulsives généralisées, ce qui montre que ces diverses manifestations sont des modalités différentes d'une même affection.

Discordances passagères entre les résultats du liquide céphalo-rachidien et du liquide ventriculaire chez un paralytique général, par MM. H.-M. GALLOT, J.-F. BUVAT et P. DESCLAUX.

Le malade dont nous rapportons l'observation nous a paru intéressant à disenter, car l'absence temporaire de positivité des réactions sérologiques a pu faire disenter une affection neuro-chirurgicale.

OBSERVATION. — M. Ver..., âgé de 40 ans, vint consulter l'un de nous en octobre 1942, car son entourage remarquait une surexcitation et une expansivité inaccoutumée depuis quelque temps.

Il se présentait alors comme un malade euphorique, intelligent, ayant certes des idées de richesse. Il désirait créer de vastes entreprises, se rendre par exemple acquéreur des garages de Paris. Mais il s'agissait d'un grand brasseur d'affaires, capable de réunir d'im-

portants capitaux et donnant à ses projets une base cohérente et logique, étant donné l'état économique actuel.

Toutefois, on lui conseilla un séjour en maison de santé libre ; il y resta une après-midi et en sortit après une scène violente. A l'examen il n'avait pas de dysarthrie aux mots d'épreuve et ses pupilles réagissaient normalement.

Dix jours plus tard, un soir qu'il se promenait sur un trottoir interdit, un agent lui ordonna de descendre. Il eut une réaction violente, allant jusqu'aux voies de fait vis-à-vis de son interlocuteur. Il fut dirigé après cet incident médico-légal à l'Infirmierie spéciale, puis, de là, transféré dans la maison de santé du Dr Bonhomme. Cliniquement le malade était un paralytique général.

La ponction lombaire refira alors un liquide clair hyperalbumineux 0,95 ‰ avec 4 à 6 lymphocytes à la cellule de Nageotte. La réaction de Wassermann était négative.

Devant ces résultats, on pensa à une néoformation frontale possible et il fut hospitalisé dans le service de neuro-chirurgie de l'Hôpital Sainte-Anne.

Après la ponction lombaire se manifesta un brusque fléchissement.

Il était toujours euphorique, il parlait avec jovialité de ses avatars du mois précédent. Il avait des idées délirantes de grandeur, possédant tous les doctorats et toutes les licences. Il était indifférent et approubatif avec inconscience de son état morbide, ne s'inquiétant ni de son sort, ni de celui des siens.

Il présentait des hallucinations auditives auxquelles il n'attachait d'ailleurs pas grande importance : « On l'insulte, mais ce sont des mots », ainsi que quelques hallucinations olfactives agréables. Il n'a ni prise, ni écho de la pensée.

L'examen de son fond mental montrait un net affaiblissement surtout pour la mémoire et le jugement qui étaient notablement perturbés.

Il existait une dysarthrie légère, un tremblement des mains et une fibrillation de la langue. Les réflexes tendineux et cutanés étaient normaux. Les pupilles étaient égales, mais la droite était légèrement irrégulière. Elles réagissaient toutes deux normalement à la lumière et à l'accommodation.

Dans les antécédents, on retrouve un chancre syphilitique à l'âge de 30 ans, traité pendant quelque temps ; de plus le malade est un éthylique chronique reconnu.

Une ventriculographie fut pratiquée qui montra une dilatation ventriculaire symétrique globale. Le liquide de ponction donna les résultats suivants : Albumine : 0,28 ; réaction de Pandy + ; leucocytes : 6 ; réaction du benjoin : 22222.22222.00000 ; réaction de Wernicke : négatif ; Bordet-Wassermann : partiellement positif.

Le malade fut alors passé dans le service du Dr Bessière où une ponction lombaire pratiquée quelque temps avant son inpaludation donna les mêmes résultats que ceux déjà fournis par la ponction ventriculaire.

Que doit-on penser d'un tel cas ? Il semble que les réactions sérologiques de la première ponction lombaire ne puissent être mises en doute et que le Bordet-Wassermann ait bien été négatif. Le laboratoire est sérieux et, après enquête, il apparaît comme certain qu'il n'y eut pas confusion ou substitution.

De nombreux auteurs, tels Uréchia et Fritzehe, ont observé des réactions négatives du liquide au cours de paralysies générales avérées et anatomiquement vérifiées. Sézary et Barbé ont signalé les variations de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la paralysie générale. Ils ont observé des réactions positives H_0 qui devenaient ensuite positives H_2 et H_4 et aussi des négativations temporaires.

De même Daltner et Kafka ont signalé chez des paralytiques généraux des réactions pouvant devenir négatives pour quelque temps, que Ravaut qualifiait de réactions à éclipses.

Claude a constaté dans deux cas une négativité des réactions que l'injection intrarachidienne d'eau distillée a réactivée.

S'agit-il d'une réaction semblable causée par l'injection d'air dans les ventricules ? Nous ne pouvons le dire, mais ce n'est guère vraisemblable car le liquide ventriculaire avait d'emblée une sérologie positive.

Faut-il penser au contraire que la simple ponction lombaire serait l'agent qui aurait provoqué la modification du Bordet-Wassermann le faisant passer lentement du négatif au positif tel qu'il fut constaté lors de la ponction ventriculaire faite 15 jours plus tard. C'est probable.

Reste à interpréter la dissociation albumino-cytologique. A ce sujet, on pourrait faire toutes les hypothèses, invoquer par exemple un blocage ou un cloisonnement que la première soustraction de liquide céphalo-rachidien aurait fait disparaître, mais pour le prouver il aurait fallu recourir à des manœuvres manométriques et faire le même jour, au même moment, la ponction lombaire et la ponction ventriculaire, aussi nous n'insisterons pas.

Quoi qu'il en soit, la ponction lombaire a eu sur notre malade une action marquée. De sthénique, expansif, cohérent il est devenu en trois semaines délirant et dément. Cela c'est le fait incontestable encore qu'assez banal que nous voulons d'abord retenir. Des autres faits, à savoir possibilité de réactions sérologiques négatives et de dissociation albumino-cytologique du type de compression intra-cranienne au cours de la paralysie générale, nous retiendrons seulement que lorsqu'il y a désaccord entre la clinique et le laboratoire il ne faut pas hésiter à multiplier les examens paracliniques, même s'il faut recourir à la neurochirurgie.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — Les cas de paralysie générale avec réactions liquidiennes négatives sont rares, mais le fait existe surtout chez des sujets traités intensément et pendant longtemps. De telles observations, comme celle que j'ai présentée avec Picard et Vignaud au Congrès d'Alger, entraînent toujours de longues discussions.

Les deux cas qui nous sont présentés nous montrent que chez les sujets atteints de paralysie générale avec réactions négatives, il y aura lieu de demander à la neuro-chirurgie de pratiquer une ponction ventriculaire et un examen du liquide, ce qui peut avoir un intérêt diagnostique et même thérapeutique.

M. Jean DELAY. — De même qu'il existe des faits de méningite cloisonnée dans la méningite cérébro-spinale, de même il est probable qu'existent des épendymites syphilitiques cloisonnées.

M. BUVAT. — Depuis le malade ci-dessus étudié, j'ai observé un fait analogue chez un malade de M. Sigwald. Ce sujet présentait un syndrome de paralysie générale avec un liquide céphalo-rachidien normal. La ponction ventriculaire retira un liquide où l'on trouva une hyperalbuminose, avec hypercytose et réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal positives.

Le malade est traité. Depuis, les liquides céphalo-rachidien et ventriculaire ont présenté des réactions analogues, du moins en ce qui concerne la réaction du benjoin colloïdal, laquelle est devenue positive.

Influence des régimes carencés sur le squelette et les articulations chez nos psychopathes, par MM. Pierre-Adolphe CHATAGNON et Jean MABON.

Nous avons insisté depuis 1939 (1) sur l'importance des régimes alimentaires dans nos hôpitaux psychiatriques dans la prévention de certaines manifestations osseuses et en particulier

(1) Ostéomalacie de l'âge mûr chez une oligophrène. Etude biologique. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1939.

Ostéomalacie chez une oligophrène. Résultats du traitement. *Annales médico-psychologiques*, mai 1940.

Epilogue d'une oligophrène ostéomalacique. Conséquence des régimes réduits et non équilibrés en pathologie mentale. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1941.

L'épuisement des lipides de l'organisme dans la pathogénie des œdèmes cachectiques corroboré par l'épreuve thérapeutique. *Annales médico-psychologiques*, avril 1943.

Les cachexies et leur résistance au régime alimentaire. *Annales médico-psychologiques*, mai 1943.

Postéomalacie. Un certain nombre d'auteurs ont récemment montré pour la population française la multiplicité des accidents dus à la carence en calcium provoquée par les rationnements alimentaires de l'heure présente. Les restrictions qui imposent à nos malades des régimes ne dépassant pas certains jours 900 à 1.200 calories accusent un déficit phospho-calcaïque de la ration non seulement pour l'adulte, mais aussi et surtout pour l'âge mûr et le vieillard. Chaque jour apporte donc, pour le rétablissement de l'équilibre minéral-humoral, une spoliation des réserves de l'organisme qui se fait essentiellement aux dépens du squelette. Aussi devons-nous nous attendre à observer les conséquences de ces remaniements métaboliques, et ces remaniements seront d'autant plus importants que la durée de la spoliation sera plus longue. Ce sont quelques-unes de ces constatations les plus évidentes que nous rapportons brièvement aujourd'hui.

Frappés de la fréquence de la friabilité osseuse au cours des autopsies pratiquées depuis 1940 sur les malades femmes de notre service, nous avons recherché quelle répercussion pouvait avoir : 1° sur le squelette, et 2° sur les systèmes articulaires, la diminution des éléments phospho-calcaïques d'une alimentation insuffisante et carencée.

I. *Action sur le squelette.* — Nature, nombre, pourcentage, des fractures spontanées ou survenues après traumatisme minime, insuffisant à l'état normal pour provoquer une fracture.

1940 : Cinq fractures du col du fémur, deux fractures du col huméral. Pourcentage : 1,22 %.

1941 : Une fracture col du fémur, une fracture du poignet. Pourcentage : 0,36 %.

1942 : Deux fractures col du fémur, deux fractures du poignet. Pourcentage : 0,86 %.

1943 : Deux fractures col du fémur, une fracture col huméral, une fracture phalange digitale. Pourcentage : 1,27 %.

Dans les dix-sept cas rapportés :

6 sont survenus chez des femmes au-dessus de 70 ans,

10 sont survenus chez des femmes de 50 à 70 ans,

1 est survenue chez une femme de 46 ans.

Le pourcentage des fractures dépasse celui observé en temps normal (la moyenne oscillant de 0,25 à 0,50 pour 100). Notons, outre la progression du pourcentage de 1941 à 1943, le chiffre élevé de 1,22 % de 1940. Ce pourcentage exceptionnel répond à l'hyponutrition des années 1938-1939, antérieure à l'instauration des cartes alimentaires.

11. *Action sur les articulations.* — Les manifestations articulaires observées ont été surtout des arthralgies simples du rachis ou des membres, des arthrites sèches. Parmi les arthralgies, celles du rachis et des sacro-iliaques sont particulièrement fréquentes et intéressantes par leur symptomatologie : douleurs rachidiennes pouvant faire penser à la possibilité d'un mal de Pott, de rhumatisme vertébral, de sciatique, etc..., par leur fréquence : nous les rencontrons tout autant chez nos adolescentes, nos adultes, que chez nos femmes d'âge mûr et nos vieillards. Mais, parmi les manifestations ostéo-articulaires, celles qui nous ont paru les plus fréquentes et les plus graves au point de vue du pronostic immédiat et lointain sont les manifestations du type d'arthrites chroniques sèches évoluant d'une façon assez rapide et presque inexorable vers la résorption et la fonte osseuse. C'est un exemple de ce type dont nous citons le résumé ci-dessous :

OBSERVATION. — Mme Marthe L..., 42 ans, présente lors de son entrée des signes à la fois d'affaiblissement psychique et de la série schizophrénique avec tics, gesticulations brusques ressemblant à des mouvements choréiques. L'état général mauvais s'accompagne d'amaigrissement. On est en outre frappé de l'impotence du membre supérieur droit lié à une arthrite scapulo-humérale ; l'atrophie des muscles de la ceinture scapulaire est considérable. (Dans les antécédents on ne retrouve pas de notion de traumatisme direct sur l'article). La radiographie révèle (Dr Bellin) une grosse déformation de l'extrémité supérieure de l'humérus droit avec aplatissement de la tête et décalcification importante. La décalcification intéresse non seulement la tête humérale mais tous les éléments osseux voisins et en particulier les côtes. Nous avons réussi à fixer ces lésions par le traitement vitamino-phospho-calciqne, comme le prouvent les épreuves radiographiques que nous vous présentons.

Nous pourrions multiplier les exemples. De telles décalcifications sont d'une impressionnante fréquence sur les clichés radiographiques de nos malades. Elles s'expliquent sans nul doute possible par le régime d'hyponutrition trop longtemps prolongé (l'apport phospho-calciqne pour un adulte normal devant être d'environ 0 gr. 90 à 1 gr. est loin d'être atteint, l'organisme prélève donc sur ses réserves du squelette).

Si de tels faits sont intéressants en eux-mêmes en nous permettant de comprendre comment l'organisme lutte désespérément en prélevant les éléments phospho-calciques du squelette pour maintenir l'équilibre des électrolytes du corps, ils nous autorisent aussi

à supposer qu'une diminution imposante du bilan total phosphocalcique (comme du reste d'autres éléments minéraux) n'est pas sans retentir sur le fonctionnement cérébral, comme le prouvent le ralentissement et la dépression de la plupart des activités psychopathiques qu'il nous est donné d'observer chez tous nos malades. Et c'est ce qui fait l'intérêt des points particuliers que nous rapportons ci-dessus.

DISCUSSION

M. SOULAIRAC. — Les auteurs ont-ils pratiqué des dosages biochimiques ?

M. CHATAGNON. — Nos conditions défectueuses d'installation ne nous ont malheureusement pas permis de le faire.

Sur les résultats concordants de la pneumo-encéphalographie et de l'électro-encéphalographie dans quelques psychoses.

- I. Incohérence verbale d'aspect schizophasique chez une paralytique générale. Atrophie démontrée par l'encéphalographie et l'électro-encéphalographie, par MM. Jean DELAY, Paul NEVEU et Pierre DESCLAUX.

L'encéphalographie par voie lombaire nous a permis de faire dans les maladies mentales des constatations intéressantes, car elle apporte des faits qui ont une valeur anatomo-clinique. Cette méthode fournit en effet un élément de précision sur le siège et l'importance des lésions au cours de l'évolution même de l'affection. Bien qu'elle ne vise nullement à se substituer à l'examen anatomique, elle permet toutefois de le compléter en indiquant les stades évolutifs.

Les auteurs qui ont déjà employé cette technique l'ont pratiquée dans un grand nombre d'affections mentales. Nous citerons en particulier les travaux de Behringer, Bingel, Fischer, Jakobi et Winkler, L. Guttman, Miura, Lenke ainsi que ceux du Guerulo, Fajardo, Jahn, da Silva, Moore, Nathan, Elliott et Laubach.

En France, Fromenty et ses collaborateurs ont étudié la pneumographie cérébrale au cours de la maladie de Pick et Mollaret et Messimy en ont rapporté récemment une observation particulièrement intéressante. Nous avons également présenté une malade atteinte de cette affection chez laquelle nous avons pratiqué des investigations encéphalographiques et électrobiologiques.

Nous nous bornerons ici à signaler le résultat global des encéphalographies, nous réservant d'en donner la description détaillée dans un article ultérieur.

Nous avons complété cette technique en réalisant des stéréo-encéphalographies (1) dont les images permettent non seulement de localiser plus exactement les lésions, mais encore d'apprécier par le relief l'importance parfois considérable de certaines atrophies ; et nous avons fait également pratiquer chez ces malades un électro-encéphalogramme.

La première malade que nous présentons à la Société est intéressante au point de vue clinique et anatomique. Elle présente, en effet, une forme paranoïde de paralysie générale accompagnée de troubles du langage consistant en incohérence verbale et graphique qui rappelle singulièrement la schizophasie et la schizographie de certains déments précoces. D'autre part, l'encéphalographie apporte la notion de lésions importantes d'atrophie cérébrale.

OBSERVATION 1. — O... Aline, âgée de 34 ans, artiste lyrique, a été internée en septembre 1940 pour une paralysie générale typique avec délire mégalomane, euphorie, affaiblissement intellectuel global et troubles du comportement. Traitée par la malaria et le stovarsol, elle a présenté au début une amélioration ayant permis deux essais de sortie. Mais la récurrence rapide des troubles a nécessité son réinternement depuis le 13 novembre 1942 dans le service de la Clinique.

A l'entrée dans le service, elle présentait un tableau d'affaiblissement intellectuel global très accentué, avec indifférence complète aux événements extérieurs. Inactive, couchée dans son lit, elle manifestait une tendance au bavardage la nuit comme le jour, marmottant des suites de mots et des fragments de phrases d'aspect incohérent et stéréotypé. En présence des médecins, elle se dénudait, sans accompagner d'ailleurs ces manifestations d'érotisme de propos adaptés. Dans sa continuelle mussitation il était possible de reconnaître quelques idées mégalomaniaques (elle croyait posséder des châteaux, des bijoux, etc...) et des idées hypochondriaques et de transformation corporelle (ses os sont de bronze, elle n'a plus de globules dans le sang).

Les signes neurologiques classiques : hyperreflexie tendineuse, tremblement, dysarthrie, réactions sérologiques positives (sang : Meinicke et Kahn +++ ; Bordet-Wassermann négatif ; liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,55 ; Pandy et Weichbrodt + ; leucocytes 4 ; hémo 22222.22222.10000 ; Meinicke et Bordet-Wassermann positifs) accompagnaient le tableau clinique.

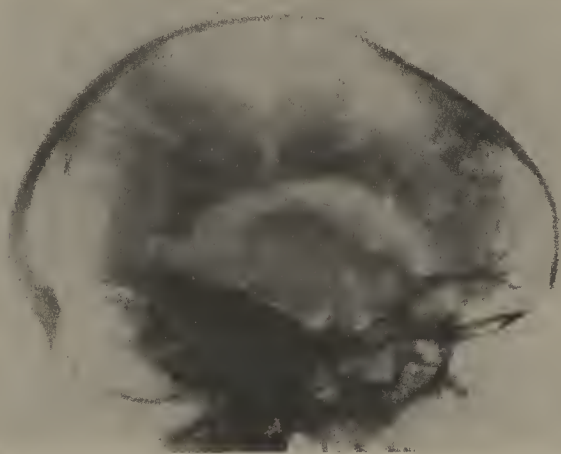
De nouveaux essais thérapeutiques : malaria, pyrétothérapie, élec-

(1) Nous remercions M. Marot, dont l'habileté technique a permis cette réalisation.

trochoc, stovarsol et bismuth n'ont donné aucune amélioration clinique, mais les réactions sérologiques sont modifiées (albumine : 0,10 ; benjoin 11200.02222.00000 ; Bordet-Wassermann partiellement + ; Meïnicke négatif).

Progressivement la malade est devenue de plus en plus semblable à une démente précoce. Absolument indifférente, boulimique, elle reste couchée, le facies vide et inexpressif marmottant continuellement. Elle a perdu toute initiative, toute activité spontanée.

L'examen du langage met en évidence une incohérence verbale d'aspect schizophasique. Les propos spontanés consistent en kyrielles de



OBSERVATION I

mots ou de fragments de phrases stéréotypés et paraissant vides de signification.

On y remarque quelques néologismes, assez rares à vrai dire, mais surtout des paralogismes, des mots détournés de leur sens. La syntaxe est perturbée, la construction grammaticale est remplacée par une séquence irrégulière des mots que ne relie le plus souvent aucune conjonction. On note également quelques altérations phonétiques, mais la dysarthrie n'apparaît pas spontanément. Par contre l'intonation monotone, stéréotypée, semble répondre comme la suite des mots à un certain rythme. Voici quelques fragments : « Fallait laisser votre sœur chez docteur maison de santé... Les infirmières l'aimaient, elle a froid, elle a faim, saura comprendre qu'elle aurait eu vu les serenières de Canne Ecluse... Le maire de Canne Ecluse a attrapé son rhume de cerveau chez votre mère... La calvalcade des puces a enlevé son sang Sassé mieux qu'elle brûle au four crématoire que d'être là, faudra

téléphoner au 137 Villeneuve-le-Roi, Seine... Le marquis de Médicis a fait mettre le brûle... la fille retrouvée... Valait mieux qu'elle se noye, son corps vivra sauterons de soni... »

Les écrits de la malade ont un aspect schizographique typique. Le graphisme est particulier, formé de lettres majuscules d'imprimerie et parfois de minuscules minutieusement tracées. Le contenu reproduit les propos incohérents que la malade tient habituellement. En voici un exemple : « EBORISTEAUPITALE DEUX FERMES CHES MES PARENTS FAMILLE MARQUIS DE MEDICIS — MATELAE DORÉ LAINNES VELOURS AVEC BOULESDIVOIRE EDREDONS DUVEEA-VEQUE BOULLES DIVOIRS DRAP DE LAINES PEINS UNE ARMOIE DE DENTELLES, etc. »

Il semble que l'on se trouve en présence d'un radotage graphique et verbal incohérent où des fragments de souvenirs réels, délirants mégalomaniques et hypochondriaques se suivent sans ordre et sans signification actuelle. Ajoutons que la malade ne présente, d'autre part, aucun signe de la série aphasique.

L'encéphalographie gazeuse montre chez cette malade une atrophie cérébrale, très accentuée, particulièrement marquée dans toute la zone frontale. Les ventricules sont en place, injectés, et paraissent dilatés.

L'électro-encéphalographie pratiquée par Mme Lérique montre un fait important, le tracé bi-polaire bi-frontal est très plat sans aucune trace d'alpha, ni de bêta, contrairement aux autres dérivations.

L'étude de cette malade montre donc chez elle une dissolution globale des activités mentales et en particulier un mode de dissolution du langage dont l'analogie est évidente avec le syndrome schizophasique de certains déments précoces. La schizophasie semble donc un syndrome qui peut résulter de processus divers.

D'autre part, les investigations pneumo-encéphalographiques et électro-encéphalographiques viennent ici préciser l'atteinte anatomique et fonctionnelle du cerveau. Peut-être la diffusion et la prédominance frontale des lésions expliquent-elles le caractère de désintégration uniforme et non localisée du langage de la malade, ainsi que la perte des initiatives que l'on observe dans son comportement. Mais seul l'examen de plusieurs cas de ce genre précisés par l'anatomie pathologique permettra de conclure.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — L'atrophie cérébrale à la phase terminale de la paralysie générale est signalée depuis longtemps ; elle est souvent considérable et parfois plus accusée que dans la démence sénile. Cette atrophie peut être diffuse ou se localiser sur certaines régions corti-

cales et former des dépressions en cupule comme dans les cas que j'ai présentés au Congrès de Blois et avec Picard à la Société anatomique en 1928. Ces atrophies sont la conséquence des lésions méningo-encéphaliques qui se transforment progressivement en encéphalite scléreuse cicatricielle. Maintenant, grâce à l'encéphalographie on peut déceler ces atrophies, ce qui a un intérêt clinique, car il est à présumer que chez de tels malades les traitements modernes de la paralysie générale, si efficaces au début de la maladie, n'auraient plus d'action.

II. Délire paranoïde avec schizophasie. Atrophie cérébrale révélée par l'encéphalographie gazeuse et par l'électro-encéphalographie, par MM. Jean DELAY, Paul NEVEU et Pierre DESCLAUX.

OBSERVATION. — Mme Louise R..., âgée de 36 ans, présente depuis 1938 un délire paranoïde avec dissociation schizophrénique et schizophasie.

1) *Le délire paranoïde.* — Il exprime des idées de grandeur, de richesse, de puissance, fantastiques et incohérentes, qui accompagnent une méconnaissance totale de la personnalité antérieure de la malade.

Elle n'est plus cette Mme R... à qui elle a emprunté son identité mais « incognito », elle n'est autre que la « royne de France », ce titre n'ayant d'ailleurs aucune correspondance géographique ou temporelle avec ce qu'il désigne habituellement. Elle dit en effet, être « reine de France et de Noël », comme d'autres sont « reine de Toussaint ». Elle est éternelle, « la première née du globe », âgée éternellement de 33 ans, « âge de Christ ». Son mari, « le roi chevalier, Henri IV de Noël » est séparé d'elle « en chevauchée ». Elle demande le retour « au château de Pont-Lévis ou château à pont-levis ». Le thème de grossesse et de maternité s'exprime, d'une part, par l'idée qu'elle met au monde treize enfants tous les ans à Noël et, d'autre part, par l'idée qu'elle a le pouvoir d'accoucher à distance les « bêtes féériques » du Zoo, en particulier les éléphants.

On observe des idées mégalomaniaques : « Elle a de l'or, du platine, du fer, de la faïence, du cristal, un château en porcelaine de Limoges de toute beauté, des serviteurs innombrables. »

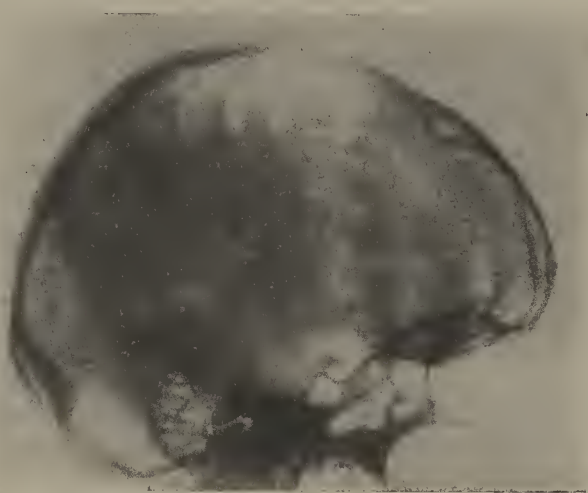
Le thème d'agression est relativement important. Elle a été assassinée à maintes reprises et de toutes les manières possibles sur la terre. On lui a coupé la gorge avec la lête sept ou huit fois. Chaque fois, elle remettait sa tête à sa place. Elle a été mise en bouillie et le corps réduit en boulette. On l'a laissé choir dans une baignoire d'eau bouillante et on a claqué sa tête contre les murs.

Il existe des phénomènes délirants d'influence ou hallucinatoires. Elle entend qu'on l'appelle toute la journée : « Je suis demandée du

malin au soir sans arrêt, je travaille beaucoup par minute ». Elle présente de la transmission de pensée avec possibilité d'action à distance : « Quand les crimes se commettent, je le vois et j'envoie du secours aussitôt, je sauve l'humanité avec Jésus-Christ ».

La systématisation du délire est nulle. Ce sont des épisodes fantasmatiques incompréhensibles.

L'examen de son fond mental par les tests montre un affaiblissement global portant sur l'association des idées, le jugement, l'attention, les opérations de calcul mental et la mémoire quoique la malade soit bien orientée.



OBSERVATION II

Cet affaiblissement porte également sur la sphère affective. Elle ne s'inquiète, en effet, pas du tout du sort de sa famille, reste sans recevoir de visites de longs mois et n'en témoigne aucun trouble, elle paraît à la fois très indifférente et dissociée.

Son comportement témoigne d'une désinsertion complète du réel. Elle reste de longues journées inactive, couchée dans son lit, immobile. Il est intéressant à ce sujet de noter que pour la première fois depuis qu'elle est internée, elle a témoigné une certaine activité et en particulier s'est occupée d'un ouvrage de couture quelques jours après son encéphalographie.

2) La *schizophasie* mérite ici d'être analysée.

Le ton du discours est souvent hautain, un peu maniéré. La prononciation des mots est altérée par des contractions phonétiques et des perturbations du rythme verbal.

Le vocabulaire est enrichi de nombreux néologismes et paralogismes portant sur les substantifs, les adjectifs et les verbes. Elle demande

de la « tinetoure », elle veut « huiler sa royale », retourner « au château de Westphallier ». Elle est « macouronale », s'occupe de « bêtes féériques et inféériques ».

Les néologismes semblent conserver une valeur de dénomination. On a ici une ébauche de néo-langage. Les constructions grammaticales sont altérées, réalisant les néologismes syntactiques de Trenel « le maradjah de Robespierre né le mardi gras fait la pierre des routes, jours de Sainte-Bible... Les enfants de Noël, c'est jour Sainte-Bible, c'est soignable la maladie de folie... Ils forment alliance vingt arrondissements la France comme Paris entièrement neutre comme le Luxembourg et la Belgique grandeur égale entièrement neutre comme le globe. »

3) *L'examen neurologique* ne montre que des troubles très discrets, une certaine hyperextensibilité du membre supérieur droit et une légère parésie faciale droite de type central.

Il n'existe aucun signe de la série aphaso-apraxy-agnosique si ce n'est certains troubles du dessin et de la construction géométrique des objets dont l'interprétation nous paraît devoir être réservée chez une grande schizophrène.

Chez cette malade l'*encéphalographie gazeuse* par voie lombaire après soustraction de 190 cc. de liquide et une injection d'une quantité équivalente d'air met en évidence une atrophie diffuse avec une considérable lacune pariéto-frontale prédominant nettement à gauche. Les ventricules sont en place et paraissent légèrement augmentés de volume.

L'*électro-encéphalogramme* confirme l'existence de cette zone d'atrophie cérébrale en montrant l'absence d'ondes alpha à ce niveau (1^{er} Lérique).

Il est intéressant de noter que sans l'intervention pneumographique une lacune cérébrale aussi importante que celle observée sur les radiographies serait demeurée inaperçue. On s'attendrait, en effet, à trouver chez cette malade d'importants troubles moteurs sensitifs et sensoriels alors qu'il n'en est rien.

Des images analogues ont déjà été observées par Moore, Nathan, Elliott et Lanbaeh au cours d'encéphalographies pratiquées chez des schizophrènes ainsi que par Winkler et Jacoby et Guttman.

Guttman signale la possibilité d'influence favorable de cette intervention sur le cours de la maladie. Il a observé chez une schizophrène démente catalonique nourrie à la sonde depuis des mois la disparition de l'état de stupeur pendant quatorze jours, la malade s'étant alors nourrie spontanément. Ce fait est à rapprocher d'une récupération partielle de l'activité pragmatique présentée par notre malade peu après son encéphalographie.

III. Paraphrénie d'évolution ancienne. Atrophie cérébrale à prédominance frontale révélée par l'encéphalographie, par MM. Jean DELAY, Paul NEVER et Pierre DESCLAUX.

La malade que nous présentons maintenant est atteinte depuis 25 ans au moins d'une psychose hallucinatoire chronique à structure paraphrénique.

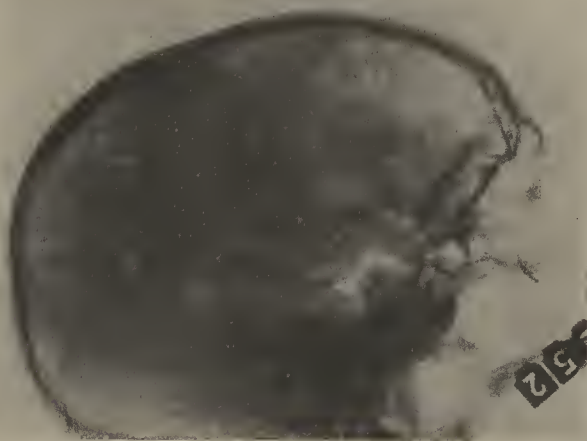
OBSERVATION. — T... Marie, âgée de 69 ans, couturière, est une malade qui se présente le plus souvent avec correction et bienveillance, mais dès le début de l'examen on est submergé par une logorrhée intarissable sur un ton plus ou moins véhément. Elle exprime toutes sortes de griefs dans un langage peu cohérent, émaillé de néologismes qui le rendent difficilement compréhensible. Cependant quand des questions précises lui sont posées, elle répond correctement et d'autre part son comportement montre une adaptation certaine au milieu hospitalier.

Le début des troubles paraît remonter à 1917. A ce moment semble être apparu un délire d'influence avec sentiments de dépersonnalisation et de transformation corporelle. Le thème spirite du délire la conduit à s'affilier à une société de scientistes. Il semble que ce soit les seules réactions sociales qu'elle ait présentées pendant de nombreuses années. A partir de 1937 les persécutions qu'elle subit deviennent insupportables, on l'empêche de travailler « en lui renversant des douches de sang sur la tête », en « faisant le roulis » sur sa machine à coudre et finalement, alors qu'elle est en chômage les manifestations de son délire deviennent plus actives. Elle adresse alors des plaintes réitérées au Préfet de Police et, le 27 juin 1941, elle est internée par l'Infirmierie spéciale et entre dans le service de la Clinique.

Elle présente un délire de persécution de structure paraphrénique typique. Les thèmes d'agression contre sa personnalité s'y enchevêtrent en des péripéties confuses et fantastiques dont la narration véhémement et variable s'enrichit sans cesse d'événements nouveaux.

Certaines personnalités, des évêques, des policiers, des prostituées y interviennent avec prédilection. Les phénomènes hallucinatoires auditifs verbaux, psychiques, cœnesthésiques, les représentations mentales visuelles, les constructions imaginatives s'y mêlent d'une façon inextricable. Le délire est exprimé par des néologismes, des métaphores, des images symboliques qui donnent à son langage un aspect pittoresque extraordinaire. Il ne présente aucune suite logique dérivant en de continuelles digressions. « Je suis dans l'éclusier, c'est-à-dire qu'on me retient ma parole comme l'écluse retient l'eau... on me fait du soutirage, on hume mon essence, on me saigne à blanc...

je ne peux pas expliquer ce qu'ils m'ont fait avec ces prothèses j'étais toute noire, j'avais les deux cuisses passées dans un capot de taxi et encore heureusement que j'ai reculé, j'avais pris un pain d'une livre... il m'a semblé voir sortir de mon moi Monseigneur de la Motte de Nantes.. la femme du trottoir s'approche de moi et voilà qu'elle me dit tu t'appelleras Gigite à la noix... J'entendais toujours M. Parafox... Quand ma mère est morte on l'a enterrée avec une faute d'orthographe, elle vit toujours en Caisse d'épargne... j'ai un petit chromatique



OBSERVATION III

à la maison. » Elle se plaint souvent de « talapofages dans le dos comme des mouettes de liliputien ».

L'examen du fond mental montre un affaiblissement minime contrastant avec l'importance du délire. Son comportement témoigne d'une adaptation à l'ambiance. Elle s'occupe et rend quelques services avec docilité. L'examen neurologique est négatif. La tension artérielle est élevée à 23/12 ; au cœur existe un éclat du second bruit.

L'encéphalographie gazeuse montre des images d'atrophie cérébrale particulièrement marquées sur les régions frontales prédominant à gauche.

L'électro-encéphalographie (D^r Lericque) montre l'absence d'ondes alpha en dérivation frontale. Ces ondes sont remplacées par des ondes lentes d'une fréquence de 4 H et d'une amplitude de 40 microvolts. Les autres dérivations montrent la présence d'un rythme alpha normal et d'une amplitude de 20 microvolts.

IV. Syndrome maniaque. Inversion de l'état thymique par l'encéphalographie gazeuse. Atrophie préfrontale révélée par les pneumoencéphalogrammes et les électroencéphalogrammes, par MM. Jean DELAY, Paul NEVEU, R. LEULIER et Pierre DESCLAUX.

OBSERVATION. — La malade dont nous rapportons l'observation, Mme F..., est âgée de 65 ans. Elle est entrée au service de la Clinique, le 4 janvier 1944, avec le certificat suivant : « Est atteinte d'un accès maniaque : logorrhée, fuite des idées, grossièretés, déclamations, eris, véhémence, opposition, plaisanteries, mobilité de l'humeur, irritabilité, désordre des actes, agitation très marquée, voix éraillée. Internement antérieur pour état maniaque. Présénilité physique. »

Cet accès a débuté de façon brutale dans la nuit du 30 au 31 décembre 1943. Le 30 au soir, elle se sent fatiguée ; au cours d'une partie de cartes, elle se montre distraite. Dans la nuit, elle s'agite, déchire ses draps en lambeaux, se dénude, erie.

A son entrée dans le service, elle est en proie à une logorrhée intarissable, d'un caractère particulier, constituée par une suite ininterrompue d'explosions de eris rauques dont la violence n'est modérée que par l'éraillage de la voix. La fuite des idées se manifeste constamment au cours de l'examen. Elle tutoie médecins et infirmières, elle est grossière et joviale avec tous. Facétieuse, elle chante, joue, rit à tout propos. La note érotique est discrète. Le tableau clinique est dominé par l'hyperthymie euphorique, joyeuse.

Détachée et livrée à elle-même, elle déchire tout. Au cours de l'examen, elle essaye de prendre tous les objets du bureau, se mouche avec le tapis de table. Dès qu'on l'en prie, elle danse, en prenant des attitudes théâtrales.

Les troubles de l'attention rendent le fond mental difficile à examiner. Toutefois, il paraît peu touché. La fille de la malade nous affirme n'avoir observé aucun fléchissement intellectuel jusqu'au déclenchement de l'accès actuel.

On ne peut mettre en évidence aucune idée délirante et la malade ne présente pas de phénomènes psycho-sensoriels.

L'examen neurologique est entièrement négatif.

Dès les premiers jours qui ont suivi l'internement, nous avons noté l'existence de stéréotypies verbales et motrices.

Dans les antécédents de cette malade, nous trouvons un accès dépressif en 1902. Il serait survenu peu après un accouchement, aurait été de courte durée et n'aurait pas nécessité le séjour en maison de santé ou à l'asile. Il nous a été impossible de recueillir des renseignements plus précis sur cet épisode.

En 1931, Mme F... fait un premier accès maniaque soigné d'abord en

clinique privée, puis à Ville-Evrard. Cet accès, dont le début semble avoir coïncidé avec la ménopause, a duré trois ans.

Il n'y a rien à signaler en dehors de ces deux accès.

On ne trouve aucun antécédent mental dans la famille. La malade a reçu récemment la visite de sa mère, âgée de 90 ans.

Une dizaine de jours après l'entrée, on commence une série de chocs électriques. Une sédation légère de l'hyperthymie, observée au début du traitement, est suivie d'une rechute après le 11^e électro-choc.

Le 22 février, on pratique une encéphalographie par voie lombaire.



OBSERVATION IV

Soustraction de 120 centimètres cubes de liquide et injection d'une égale quantité d'air.

Dès le lendemain, la présentation de la malade s'est complètement modifiée. Elle est triste, pleurniche et sanglote constamment. La voix est pleine d'emphase, chaque mot est séparé du suivant par un sanglot bruyant. Comme auparavant elle crie, mais le ton est devenu triste et gémissant, théâtral et déclamatoire. Le faciès exprime une dépression profonde ; la douleur morale semble dominer. L'inhibition psychique est très accentuée. Les phrases sont inachevées et les réponses aux questions les plus simples restent fragmentaires, incomplètes. Ceci donne aux propos une allure incohérente et pourtant la malade reste adaptée. Elle surveille ce qui se passe dans la salle et le commente. Elle a pris en aversion la plupart des infirmières et les traite des noms les plus grossiers ; elle refuse les aliments qui lui sont présentés, mais les accepte si nous les lui portons. Elle continue de nous tutoyer et conserve même une attitude légèrement érotique.

Les jours suivants, cet état mixte correspondant à la dépression agitée de Kraepelin a fait place à un syndrome mélancolique franc avec anxiété diffuse, pantophobie, désir de mourir. Par intervalles, la malade fait une crise de grande anxiété qui dure généralement quelques jours.

Au cours de cet état mélancolique, nous retrouvons la tendance aux stéréotypies. De ce point de vue, aussi bien dans son comportement moteur que verbal, notre malade est toujours semblable à elle-même. L'irritabilité déjà signalée avant l'intervention s'est exacerbée.

De plus, peu après l'encéphalographie, un abcès de la fesse gauche s'est manifestée, dont l'évolution a retenti quelques jours sur l'état général.

Cette malade nous paraît intéressante à un double point de vue.

D'une part, nous avons observé sous l'influence de l'encéphalographie gazeuse une inversion brusque, expérimentale, de l'état thymique, déjà notée sous l'influence de la pneumographie cérébrale (Cl. Vincent, Schiff, Puech et David).

D'autre part, l'examen des clichés pratiqués après l'encéphalographie montre dans la région préfrontale, des deux côtés, des images dites d'atrophie cérébrale. On sait que dans de telles images, certains auteurs ont discuté la part respective de l'atrophie cérébrale vraie et de troubles dynamiques de la circulation du liquide céphalo-rachidien. Il est cependant plus probable que nous nous trouvons en présence d'un processus atrophique, car un examen électro-encéphalographique a montré (D' Lericque) l'absence d'ondes alpha en tracé bipolaire frontal.

Chez notre malade, certains éléments cliniques, l'intensité de l'euphorie avec jovialité et agressivité évoquant la moria, le comportement psycho-moteur stéréotypé, sont à rapprocher des syndromes préfrontaux. L'étude de Moore, David, Elliott et Laubach, qui a porté sur trente-huit observations de psychoses maniaco-dépressives, a toujours montré des altérations des pneumo-encéphalogrammes et, dans certains cas, une atrophie corticale comparable à celle que présente notre malade.

La séance est levée à 11 heures 45.

Les secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

Séance du Lundi 27 Mars 1944

Présidence : M. LHERMITTE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 28 février et le procès-verbal de la séance du 13 mars 1944 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance comporte une lettre de M. le Professeur RISER, de Toulouse, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; une Commission, composée de MM. René CHARPENTIER, Henri CLAUDE et Jean DELAY, rapporteur, est désignée pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 24 avril 1944.

Election de quatre membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. MENUAU, au nom d'une Commission composée de MM. COMBENALE, Jean DELAY, FRIBOURG-BLANC, GUIRAUD et MENUAU, rapporteur, il est procédé au vote :

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

Ont obtenu :

MM. CARROT	21 voix.
DUCHÊNE	21 —
FOLLIN	21 —
GISCARD	21 —

Sont élus *membres correspondants nationaux de la Société médico-psychologique* :

M. le Médecin-Commandant CARROT, médecin-traitant au service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce,

M. le Docteur Henri DUCHÊNE, ancien Chef de Clinique neuro-psychiatrique infantile à la Faculté de Médecine de Paris,

M. le Docteur Sven FOLLIN, ancien Chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris,

M. le Docteur Pierre GISCARD, médecin de l'hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand.

COMMUNICATIONS

Curieuses conséquences du goût de la nouveauté chez un débile mental, par MM. BRIAU et Claude POTTIER.

Le goût de la nouveauté chez l'enfant est une notion connue. Il n'aime pas rester longtemps à la même place. Il se lasse assez rapidement des jouets qui lui sont donnés. L'éventualité d'un voyage lui sourit généralement. Seule, l'éducation l'habitue à persévérer dans une activité donnée. C'est l'attachement à ses parents qui le fait demeurer dans un même lieu. On concevra aisément que le débile mental qui n'est à bien des égards qu'un grand enfant ressente aussi l'attrait du nouveau et que cette inclination soit souvent la cause principale de son instabilité. Le goût de la nouveauté détermine alors des fugues et même la vocation du vagabondage. Certes, l'attrait du nouveau est éprouvé par l'adulte mais chez celui-ci il est moins impérieux et l'individu normal ne cède à son appel que dans des conditions raisonnables. Chez un débile, il peut être la source de fugues, d'aventures folles, d'actes délictueux et même criminels. Dans le cas suivant, on verra comment, chez un arriéré au jugement particulièrement déficient, il a été le mobile d'un acte absurde et dangereux.

OBSERVATION. — H..., Arsène, est âgé de 34 ans. Le 4 décembre 1943, dans la matinée, il a quitté le domicile de son père avec lequel il habitait, sans prévenir celui-ci de ses intentions. Il s'est rendu à une voie-ferrée voisine et a coupé des fils de commande de signaux. Puis il gagna la gare la plus proche, cheminant tranquillement sur la piste qui longe la voie ferrée. Apercevant un employé qui venait de constater son méfait, il lui demanda à parler au chef de gare. A celui-ci, il déclara qu'il venait se constituer prisonnier parce qu'il était l'auteur de l'acte de sabotage. Il s'accusa également d'avoir commis antérieurement un autre acte de destruction du même genre. Afin de décider les gendarmes à l'arrêter de façon plus certaine, il se prétendit l'auteur volontaire d'un incendie survenu, le 9 novembre 1943, dans une commune voisine.

Interrogé sur les mobiles de ses actes, il donne une explication qui n'a pas varié, quant au fond, depuis le moment où il a confessé sa faute

au chef de gare jusqu'à celui de notre examen. Il n'a ni haine, ni esprit de vengeance, il n'a pas agi sous l'influence d'une idée politique, il n'a pas cédé à un conseil ou à un ordre. Il a détruit les signaux de la voie ferrée, il a mis le feu au hangar, pour se faire arrêter. Au juge d'instruction, il déclare : « Je m'ennuyais. Je voulais me faire arrêter, car à S..., la vie manque d'agrément. Il n'y a pas de mouvement, pas de cinéma, pas de théâtre. Puis je n'aime pas la vie sédentaire. Je suis un peu nomade par tempérament. J'aime à circuler. » Cependant, il ajoute qu'il ne sera pas mécontent d'aller en prison et qu'il serait même satisfait d'y apprendre à faire de la broderie. Au sujet de l'incendie du hangar dont il s'accuse, il déclare : « J'ai fait cela pour me désennuyer. » Le lendemain de son incarcération, il écrit à son père : « Cher père, je suis en prison à Beauvais. L'action que j'ai commise » ne repose sur aucune vengeance, aucune idée politique. C'était, c'est » et ce sera toujours l'idée de pèrègrination. C'est bête peut-être, » mais c'est anéré chez moi... Rester sur place, ça me morfond ; enfin » il n'y a rien d'accident. Le destin ou la providence a été sur moi. Je » termine en t'embrassant, et pardon des ennuis que je t'ai causés. »

De nombreux témoignages présentent Arsène comme un garçon doux, poli, mais simple d'esprit. On le rencontre souvent sur les routes, assis sur une borne et lisant. Il s'absente souvent pendant plusieurs jours sans prévenir ses parents et sans motif connu.

Arsène a une hérédité chargée. Une polyléthalié infantine, chez ses collatéraux, fait suspecter la syphilis. Un frère de sa mère était un déséquilibré délirant et, un autre, un mélancolique qui s'est suicidé. Le père d'Arsène est un alcoolique notoire.

Arsène est né en état de mort apparente. A l'âge de 10 à 12 mois, il a eu une ostéo-arthrite du genou droit à la suite d'un traumatisme. Une ankylose est survenue précocement et de l'atrophie. Une otite chronique double, depuis l'âge de 5 ans, lui a laissé une surdité assez accentuée. Il présente quelques dystrophies du crâne et de la face. Il est chétif et scoliotique. Il est atteint de blésité.

Ses infirmités ont déterminé, en grande partie, le retard de son développement intellectuel. Son jugement est très déficient. Sa mémoire présente des lacunes surprenantes. Les tests de Binet et Simon montrent que son niveau intellectuel est aux environs de 10 ans. Cette appréciation est, d'ailleurs, bien trop optimiste. En raison de sa double infirmité, il n'a pu fréquenter l'école jusqu'à sa dixième année. Avant cet âge, il ne pouvait pas parler de façon intelligible. A l'école, il apprenait difficilement. Dès qu'il sut lire, il fit une consommation désordonnée et furieuse de tout ce qui est imprimé. Il lit le journal quotidien d'un bout à l'autre, sans négliger une seule annonce. Après quatre ans d'apprentissage du métier de cordonnier, son patron le juge incapable de fournir jamais un travail rémunérateur. Son père cherche alors à lui apprendre le métier de tourneur sur métaux, mais il est lent, instable, malhabile, sans initiative, imperméable à certaines notions, fatigable, distrait et incapable d'un travail suivi. Finalement, il vit à la charge de son

père. Dès qu'il a pu marcher, malgré son infirmité, il a fait des promenades interminables. Il a parcouru toutes les communes de la Seine, fréquentant avec le même plaisir les fêtes foraines « à cause de la musique », les musées de Paris, les théâtres qui lui étaient accessibles, mais dout il ne pouvait pas entendre les acteurs, n'aboutissant qu'à un contact superficiel et infructueux avec quelque chose de nouveau pour lui.

Il a appris et retenu les noms des religions connues et pratiquées dans le monde et le nombre de leurs adeptes, mais il est incapable de déduire les bases de la plus simple d'entre elles. Malgré sa longue débâche de lectures mal digérées, il est d'une ignorance profonde. Depuis des années, il relit avec passion les romans d'Eugène Sue, de Ponsou du Terrail, de Zévaco, et ses prétentions classiques ne vont pas, en fait de lecture, au delà des œuvres de Dumas père.

Son imagination est vive mais médiocre. Elle est entretenue par la vie solitaire qu'il affectionne, ses promenades, sa curiosité, ses lectures abondantes et désordonnées.

Il est lancé à la poursuite d'un but que sa pauvreté, ses infirmités, l'état de guerre mondial lui rendent inaccessible. Il se sent obscurément contrarié par ces obstacles, mais ne cherche pas à s'adapter à ces réalités. Il s'en écarte et cherche à s'en évader, d'abord par la pensée, et puis par des actes.

Ses promenades sans but précis peuvent être interprétées déjà comme un désir d'évasion d'un milieu qui lui déplaît. Mais son programme est de parcourir tous les pays de langue française, puis le reste du monde, s'il est possible de parler partout l'espéranto, enfin de travailler de-ci, de-là à un métier d'art tel que la broderie. Il se demande, également, s'il ne lui serait pas utile d'entrer dans une Société de nudistes. Parmi ces aspirations baroques, la plus caractéristique et la plus absurde est celle qui l'a poussé à se faire mettre en prison dans le but de jouir d'une liberté plus complète.

En un mot, il existe chez Arsène une idée « prévalente » dans le sens commun du mot : celle de l'évasion, celle de devenir un « être errant ». Cette idée capte tous ses désirs, toutes ses énergies et finit par déterminer une grande partie de ses actes.

Il est vrai que « l'évasion » était en honneur dans une littérature encore récente. Les héros de certains romans étaient las de leur manière habituelle de vivre ou révoltés contre leur condition. Leur « évasion » était présentée d'une façon plus ou moins discrètement élogieuse. De fait, nous croyons que ces caprices irrésistibles, ces rébellions contre la tradition, la famille ou la société, loin d'être une marque de supériorité, sont, bien au contraire, et souvent la marque d'un déséquilibre mental et même la manifestation d'une mentalité inférieure.

Sur l'efficacité remarquable des parasymphathico-mimétiques en psychiatrie infantile, par M. Pierre DOUSSINET et M^{lle} Elizabeth JACOB.

Dès 1931, nous nous sommes attachés à l'étude des effets thérapeutiques des drogues neuro-végétatives sur divers états psychopathiques relevant de la psychiatrie générale et de la psychiatrie infantile. Nous avons expérimenté un grand nombre de produits à action élective, et nous nous sommes efforcés d'obtenir, par le jeu d'associations diverses, des préparations à activité optima pour des syndromes déterminés. Nous avons acquis la confirmation de l'activité thérapeutique certaine des drogues végétatives administrées régulièrement et longuement par la voie buccale, qui doit être, à notre avis, *exclusive* de toute autre. Nous avons, à plusieurs reprises, signalé la supériorité incomparable des médicaments de la gamme des excitants sur ceux de la gamme des sédatifs (réserve faite des narcotiques proprement dits). Nous avons insisté également sur le fait que, dans la gamme des excitants, une distinction très nette s'impose en faveur des préparations à action para-symphathico-mimétique élective dont les effets thérapeutiques dépassent considérablement ceux des médicaments à prédominance sympathico-mimétique.

Le fait nouveau qui fait l'objet de cette communication concerne l'association *ésérine-pilocarpine*, que nous utilisons depuis plus de dix ans, et dont nous sommes à même de préconiser l'usage étendu. Notre formule de base est la suivante :

Nitrate de pilocarpine : un centigramme.

Salicylate neutre d'ésérine : deux centigrammes.

Glycérine : trois centimètres cubes.

Aleool à 90° : sept centimètres cubes.

Eau distillée : q.s. pour vingt centimètres cubes.

La posologie varie en fonction du cas. Entre cinq et dix gouttes chez l'enfant, vingt gouttes et plus chez l'adulte, administrées deux fois par jour dans un peu d'eau avant les repas.

La conduite du traitement sera guidée par l'intolérance, à la vérité exceptionnelle (céphalées, éternuements, sialorrhée, nausées, coliques, diarrhée...), et par les progrès du malade. Dans la règle, ce traitement doit être poursuivi sans interruption jusqu'à stabilisation des résultats recherchés.

Nous n'avons discerné aucune contre-indication organique à

l'emploi de cette préparation en dehors des états fébriles au cours desquels il convient de suspendre le traitement.

La détermination à l'aide des épreuves cliniques de la formule d'équilibre du système neuro-végétatif doit être recherchée avant l'institution du traitement mais ne contient que rarement d'indications thérapeutiques précises. Un état d'hypervagotonie nette ne constitue pas, en effet, une contre-indication formelle. Les seules indications pratiques à retirer de l'exploration clinique de la sensibilité du système nerveux végétatif sont celles qui découlent de la mise en évidence d'un *état de dystonie segmentaire* ou d'un *état d'instabilité* particulièrement marqué, ces deux éventualités laissant peu d'espoir à la thérapeutique par les excitants.

Des centaines d'enfants et d'adolescents ont été soumis à ce traitement. De façon générale, l'adolescent, et surtout l'enfant, montrent pour les drogues végétatives à action para-sympathicomimétique élective une réceptivité particulièrement appréciable. Nous serions tentés de parler d'un véritable mordant, non pour dénoncer une action toxique ou déséquilibrante quelconque qui ne se dévoile pour ainsi dire jamais, mais pour caractériser une activité à la fois progressive et *remarquablement positive* sur le développement somatique et psychique de l'enfant.

A. — Dans un premier groupe de faits, nous retiendrons les difficultés des périodes pré-pubertaire, pubertaire et post-pubertaire, particulièrement dignes d'intérêt chez les *prédisposés* par leurs antécédents héréditaires ou personnels (petits déficients, petits déséquilibrés, sujets à tendances schizoïdes ou à instabilité psychique).

La surveillance médicamenteuse systématique, à l'aide de la préparation préconisée, nous paraît de nature à rendre des services réels, facilitant manifestement le déroulement du processus pubertaire, affermissant pendant toute cette période la stabilité de l'équilibre mental, et favorisant l'équilibre harmonieux de la maturité psychique et somatique. Notre tendance personnelle est d'assujettir à ce traitement, pendant toute la durée de la période pubertaire, non seulement les déficients reconnus, mais les *sujets normaux* à antécédents psychopathiques avérés.

B. — Dans un deuxième groupe de faits, nous comprendrons l'ensemble des états de fatigabilité et de fléchissement dynamique qui accompagnent fréquemment la croissance à toutes les périodes. Sur le plan psychique, ils se traduisent par l'impuissance à l'effort intellectuel, l'insuffisance de rendement scolaire,

la baisse de l'intérêt vital, le marasme, la tristesse, la mauvaise humeur, les petits troubles du caractère, la tendance à l'isolement ; sur le plan organique, par l'inappétence, l'anorexie, l'irrégularité du sommeil.

Dans tous ces cas, la préparation à base d'ésérine-pilocarpine donne un pourcentage de succès voisin de 100 %.

C. — Le troisième groupe de faits renferme les indications les plus marquantes chez l'enfant des para-sympathicomimétiques. Ce sont les états d'arriération simple à prédominance intellectuelle.

Dans les états de déficit légers principalement appréciables sur le plan scolaire, où le quotient intellectuel se situe entre 0,85 et 0,75, la proportion des résultats chez les sujets traités avant la douzième année est voisine de 100 %, et le retard peut être rattrapé après six mois ou un an de traitement.

Dans les états de déficit moyens où le quotient intellectuel est compris entre 0,75 et 0,60, la proportion des retours à la normale peut être escomptée dans 25 à 30 % des cas après deux ans de traitement continu. Dans les autres cas, des améliorations très notables sont de règle. La cure de cette catégorie de déficients sera d'autant plus aisée et favorable qu'elle aura été instituée plus précocement. Dès six ans, et plus tôt si possible, et au plus tard, nous semble-t-il, vers dix ans. Passé cet âge, des résultats appréciables pourront être obtenus, mais très vraisemblablement incomplets.

Dans les états de déficit graves où le quotient intellectuel est inférieur à 0,60, le traitement peut être entrepris, mais il doit l'être sans illusion excessive. Nous avons eu cependant des surprises heureuses, non seulement en ce qui concerne le développement physique, mais aussi le développement psychique et particulièrement le développement du langage et de l'activité pratique efficiente. Nous avons pour règle, dans ce cas, de poursuivre le traitement sans interruption pendant des années.

A ces groupes de faits qui constituent pour nous, à ce jour, les indications fondamentales de notre technique en psychiatrie infantile, s'oppose la variété des états psychopathiques indifférents ou rebelles. Cette variété correspond, en bloc, à l'ensemble des anomalies de développement constituées, c'est-à-dire à toutes les anomalies caractérielles, y compris le déséquilibre hyperémotif, et à l'ensemble des névropsychoses constitutionnelles ou paroxystiques déjà caractérisées avant l'institution du traitement.

Nous avons voulu seulement, par la présente note, indiquer des faits que nous croyons dignes d'intérêt. Ils nécessiteraient des développements beaucoup plus étendus qui ne peuvent malheureusement pas trouver place ici. Ils seraient aussi de nature à entraîner de multiples commentaires. Nous désirons seulement, pour l'heure, apporter une ressource supplémentaire à la thérapeutique biologique et un argument de plus en faveur de l'expérimentation thérapeutique.

Le syndrome psychique secondaire aux lésions globales du mésodiencephale, par MM. J. LHERMITTE et FLEURY.

Sous le titre de « syndrome infundibulaire dans un cas de tumeur du III^e ventricule », H. Claude et J. Lhermitte (1), en s'appuyant sur une observation anatomo-clinique, montraient de quelle manière une altération très limitée au méso-diencephale s'extériorisait par un ensemble de manifestations cliniques tout ensemble somatiques et psychiques très personnelles. Depuis la publication de ce premier fait (1918), J. Lhermitte avec G. Roussy (2), Sengès Boulet et Trelles (3), Doussinet et J. de Aju-riaguerra (4), a relaté trois nouvelles observations démonstratives du trouble des fonctions psychiques qui peuvent être la conséquence des lésions exactement limitées à l'hypothalamus médian et qui toutes s'intègrent dans la même ligne.

Mais puisque le problème qui se pose à propos des relations qui unissent les désorganisations du méso-diencephale et les perturbations de la sphère mentale ne semble pas encore parfaitement résolu, nous croyons qu'il n'est pas inutile d'apporter une observation nouvelle qui met en lumière la physionomie du syndrome que nous avons en vue.

OBSERVATION. — Il s'agit d'une malade âgée de 63 ans, dépourvue de tout antécédent pathologique et mère de deux enfants bien portants.

Vers janvier 1943, la malade se plaint d'une diminution de la vision,

(1) H. CLAUDE et J. LHERMITTE — *Presse médicale*, 25 juillet 1918.

(2) Syndrome infundibulo-tubérien d'origine néoplasique probable. Les troubles psychiques consécutifs aux lésions basillaires du cerveau. *Rev. neur.*, juillet 1934.

(3) Tumeur du 3^e ventricule à symptomatologie à prédominance psychique. Congrès des aliénistes et des neurologistes de langue française, Lyon, 1934.

(4) Une observation de la forme korsakowienne des tumeurs du 3^e ventricule. *Rev. neur.*, vol. 68, 1937.

d'abord légère, puis plus profonde. Un ophtalmologiste, consulté, ne constate aucune modification des rétines et conseille un traitement spécifique par le cyanure de Hg. Plusieurs cures sont effectuées sans aucun résultat. En septembre 1943, apparaissent des modifications de la conduite et de l'état psychologique de la patiente ; celle-ci se montre désorientée dans le temps et l'espace, son activité devient brouillonne et incohérente en même temps qu'on relève l'apparition d'une soif excessive accompagnée de polydipsie et de polyurie. L'affection ne montrant aucune tendance à rétrocéder, l'on conseille une intervention chirurgicale dans le but de vérifier la réalité d'une méningite séreuse opto-chiasmatique qui semble probable. Malgré l'absence de toute déformation ventriculaire, le Dr J. Guillaume intervient sur la région basilaire et trouve un vaste kyste séreux arachnoïdopie-mérien comprimant les tractus optiques. Le kyste séreux fut évacué et toutes les adhérences méningées libérées complètement. L'exploration spécialement attentive de toute la région basilaire ne permet pas de déceler la moindre néoformation tumorale.

Les suites opératoires furent des plus simples et l'on observa une légère diminution de l'amblyopie, cependant que les troubles psychiques non seulement ne s'amendaient pas mais s'aggravaient. C'est alors que nous fûmes priés d'examiner la malade, le 10 novembre 1943.

A cette date, la patiente se présente correctement, sa démarche, son attitude, sa physionomie ne laissent percevoir aucune anomalie morbide. Le langage est parfaitement conservé, de même que l'intelligence. Malgré le trouble de la vue, l'écriture spontanée et sous dictée est rapide et correcte ; d'autre part, le calcul mental demeure normal.

Disons immédiatement que, mis à part les troubles visuels, l'examen neurologique ne permet de mettre au jour aucune anomalie. Toutes les sensibilités sont conservées, les réflexes tendineux se montrent un peu vifs aux membres inférieurs, peut-être, surtout du côté gauche, le réflexe plantaire reste en flexion, il n'existe aucune incoordination motrice, aucun symptôme cérébelleux ou extra-pyramidal ; le jeu des sphincters n'est pas lésé non plus que la trophicité ou les fonctions végétatives.

L'examen de la vision met en lumière une forte diminution de l'acuité ; la malade reconnaît difficilement les objets, identifie incomplètement les doigts qu'on lui présente, si l'appréciation des couleurs hormis le rouge est abolie, celle des valeurs est parfaitement conservée. Les pupilles réagissent à la lumière.

Malgré cette atteinte grossière de la vision, la patiente déclare avec obstination qu'elle voit parfaitement bien et veut le prouver en dénombrant les objets qui, dit-elle, se trouvent dans son champ visuel et qui ne sont qu'imaginaires.

Si les facultés psychiques sont conservées : discernement, logique, coordination des idées, intelligence, il n'en va pas de même pour l'auto-

critique qui se montre grossièrement altérée. Notre patiente, en effet, prend pour réels les faits qu'elle imagine, les perceptions déformées ou illusoire qu'elle élabore, enfin se montre incapable d'apprécier les erreurs que lui fait commettre sans cesse la défaillance de sa faculté mnésique.

Un des troubles les plus apparents consiste effectivement dans le désordre mnésique : la patiente a oublié l'âge respectif de ses enfants, elle doute de son âge propre, confond tous les événements qui se sont écoulés depuis bien des années ; elle ne peut dire à quelle époque la guerre actuelle a été déclarée. Ajoutons que la mémoire de fixation apparaît aussi lésée que la mémoire d'évocation. A cette amnésie antéro-rétrograde s'associe une perturbation profonde de la reconnaissance, de l'identification des personnes. Si la malade reconnaît bien ses proches à leur voix, elle commet les erreurs les plus grossières dans l'identification de ceux qui la visitent par accident ; c'est ainsi qu'elle prend le Docteur X pour le Docteur Y.

Pour pallier le déficit mnésique, notre malade se livre à une incessante fabulation ; elle dit s'être allée promener la veille sur les rives de la Seine, avec son fils, avoir mis, ce jour-là, un manteau très chaud, ce qui est absolument inexact. Ayant perdu le souvenir de l'intervention à laquelle elle fut soumise, la malade soutient que jamais elle n'a été opérée, et lorsqu'on lui montre la cicatrice très apparente encore qui marque son front, elle déclare que c'est sa fille qui, en lui faisant une coiffure, l'a égratignée. Cette confabulation se construit sans un effort apparent, avec la plus parfaite spontanéité, et la malade ne peut admettre que, sur ce point, elle puisse s'égarer.

Outre la fabulation, l'examen fait apparaître une série d'hallucinations de divers sens, mais en premier lieu de la vue. Des personnages inconnus ou prétendument identifiés fréquentent son appartement, traversent sa chambre, silencieux et de couleur sombre ; ce sont des parents plus ou moins proches, vivants ou morts depuis plusieurs années, ce sont des animaux variés, des chats, des chiens : un de ceux-ci montre un particulier acharnement à la suivre partout. Parfois la patiente voit des objets imaginaires sur sa table, elle les palpe, les déplace, les utilise, elle prend, par exemple, telle ou telle pièce d'un couvert et s'en sert pour s'alimenter sans se douter que tout cela est fantaisie. Certaines de ces hallucinations sont déclenchées par une sensation visuelle ou auditive, ainsi un bruit retentit-il dans la rue (?) notre patiente est persuadée qu'un enfant est là dans sa chambre et qui pleure.

Des illusions se mêlent également à ces « perceptions sans objet » et se montrent toujours de caractère visuel. En outre, l'on relève l'existence d'hallucinations tactiles qui se manifestent dans le comportement de notre patiente : celle-ci secoue ses doigts, par exemple, pour se débarrasser des souillures qui les ont tachés.

De temps en temps, ajoutent ses proches, la malade enlre comme en transe somnambulique : les yeux deviennent fixes, la face pâlit, la ma-

lade se dresse debout et semble comme hypnotisée, vivant dans un monde imaginaire, mais la conscience n'est pas éteinte complètement et cet état est réversible.

Jamais de crises épileptiques n'ont été relevées ni d'équivalents.

Nous avons déjà insisté sur la conservation des facultés supérieures qui fait illusion, ajoutons à ce caractère négatif l'absence d'idée délirante ainsi que de perturbations profondes du caractère ; l'humeur est enjouée et le ton euphorique forme contraste avec la désorientation et l'intensité de l'activité imaginative et fabulatrice.

La fonction hypnique est peu troublée, les nuits ne sont pas agitées, bien que, pendant la journée, la malade présente une tendance à la somnolence. Les autres troubles végétatifs, qui avaient illustré la période de début de la maladie, se sont effacés, et l'on ne retrouve plus ni polyurie, ni polydipsie, ni boulimie. L'état général se montre très satisfaisant et il n'existe aucun symptôme en relation avec une affection viscérale.

La malade succomba soudainement, trois mois après notre examen, à une hémorragie cérébrale massive, sans avoir présenté aucune modification appréciable de son comportement.

L'observation présente légitimerait bien des réflexions et des commentaires ; l'espace nous fait défaut pour les développer. Aussi bien, les données positives seules demeurent, les spéculations et les interprétations figurent trop souvent des jeux de l'esprit pour être longtemps retenues.

Des faits que nous avons rapportés il appert donc que les altérations globales du mésodiencephale trouvent souvent leur expression clinique dans un syndrome dont les composantes sont mixtes : somatiques et psychiques, et parmi celles-ci la confusion mentale de type korsakowien peut être tenue pour la plus personnelle.

Le rôle du troisième ventricule dans le psychisme, par M. P. GUIRAUD.

L'intéressante communication de M. Lhermitte marque à mon sens une étape de la neuro-psychiatrie française. En 1934, la réunion neurologique internationale avait étudié dans le plus grand détail le système méso-diencephalique. La composante psychique y avait été systématiquement négligée dans la physiologie de cette région, comme Dide l'a souligné dans la discussion. Cependant, tous les faits que vient de nous exposer M. Lhermitte étaient déjà connus à cette époque. Ils avaient été passés sous

silence par crainte d'entrer dans le domaine de la *Hirnmythologie*. Je constate que depuis cette époque l'attention des neurologistes français a bien été obligée de se fixer sur le problème des fonctions psychiques dans la région du troisième ventricule.

Dans une conférence que j'ai faite ici même l'année dernière, je me suis attaché à étudier le rôle respectif de l'écorce et des régions sous-corticales dans le fonctionnement du psychisme. Après la communication de M. Lhermitte, je crois qu'il est indispensable d'en rappeler les idées générales.

Pour étudier cette question avec l'impartialité nécessaire, il faut d'abord se défaire d'une attitude *a priori* qui consiste à croire que tout ce qui est psychique se passe dans l'écorce cérébrale. Je ne cite pas des exemples innombrables de ce préjugé mais on en trouve tant qu'on veut dans les écrits des neurologistes et des psychiatres. Ils semblent croire que l'écorce cérébrale est une matière privilégiée, seule capable d'intervenir dans la genèse des états psychiques. Cette opinion me paraît être le résultat du raisonnement suivant conscient ou inconscient : ce qui distingue l'homme des animaux c'est la pensée, or, le cerveau de l'homme diffère de celui des animaux par un énorme développement de la corticalité, donc c'est la corticalité qui est le support matériel de la pensée. Notez bien que du point de vue philosophique il est indifférent d'attribuer des fonctions psychiques à l'écorce ou aux régions sous-corticales ; le véritable problème est celui des rapports de la matière en général et de la pensée. Bien entendu, je n'ai pas l'intention de l'aborder. Mais, quelle que soit l'opinion philosophique qu'on puisse avoir sur ce sujet, qu'on accepte le dualisme cartésien ou bien le thomisme ou le monisme de la plupart des philosophes contemporains, on est obligé d'admettre des rapports entre le psychisme et l'encéphale. Descartes lui-même, le plus pur des dualistes, avait pris une position qui — topographiquement au moins — n'est pas très éloignée de celle que je prétends soutenir.

Un autre point à souligner est que les fonctions psychiques auxquelles nous cherchons un substratum nerveux sont des entités traditionnelles qui ne peuvent être acceptées sans une analyse parfois difficile. Elles sont composées d'éléments fournis par l'activité de régions encéphaliques très diverses. Si nous voulons faire coïncider la physiologie nerveuse et la psychologie, nous serons obligés de briser les cadres et les mots de la psychologie académique. Je m'expliquerai plus loin par des exemples.

Pour les fonctions de la corticalité cérébrale l'accord n'est pas difficile. Elle intervient essentiellement dans la sensorialité discriminative, elle est le substratum nerveux des images et des idées, le support des fonctions du langage, de l'activité motrice praxique et des hautes fonctions psychiques telles que le jugement, le raisonnement, etc... Sans prétendre résumer en un seul mot toutes ces fonctions, je puis dire que l'écorce cérébrale est essentiellement intellectuelle. Ainsi s'explique la différence anatomique et psychologique entre les animaux et l'homme, ce dernier ayant une vie intellectuelle infiniment plus riche et plus active que les animaux. Mais l'intelligence n'est pas tout le psychisme, il y a encore l'activité instinctive, l'émotivité, l'affectivité. Pour ces fonctions psychiques la région diencéphalique joue un rôle capital d'après l'opinion d'auteurs dont le nombre s'accroît chaque jour.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'on croyait qu'un événement psychique résulte de l'activité d'une étroite région encéphalique. L'encéphale et même le système nerveux fonctionnent constamment dans leur totalité, mais leurs diverses parties jouent des rôles différents dans ce consensus. Depuis 1922, avec Dide et isolément, j'ai soutenu que les troubles de l'activité diencéphalique jouent un rôle important en psychiatrie. Ils sont responsables en particulier du symptôme essentiel de l'hébéphréno-catatonie que nous avons appelé athymhormie. Les troubles intellectuels ne sont, au moins pendant longtemps, que des conséquences de l'athymhormie. Pour ne pas allonger la communication je ne répète pas ici les arguments en faveur de cette opinion.

En 1938, j'ai montré que la pathogénie de la plupart des symptômes du délire aigu est diencéphalique. Ces symptômes constituent un ensemble plus somatique que mental : oligurie, perte de l'instinct d'alimentation, azotémie, associées à une agitation rappelant la sham-rage. L'état maniaque est un syndrome organo-psychique. Les troubles mentaux sont très apparents mais les troubles somatiques ont tout autant d'importance : augmentation de la soif et de la faim, insomnie, perte de poids, résistance au froid, etc... L'expérimentation sur les animaux, l'expérience neuro-chirurgicale provoquent des états maniaques typiques et transitoires. Les graves symptômes somatiques tubériens dans certains cas de manie, sur lesquels j'ai insisté récemment ici-même, sont un faisceau suffisant de preuves en faveur de l'origine diencéphalique des états maniaques.

L'activation de la partie antérieure du troisième ventricule

provoque des états d'excitation et celle de la partie postérieure des états de dépression et de torpeur.

Si j'ai bien suivi la communication de M. Lhermitte, il semble vouloir atténuer l'importance des troubles mentaux d'origine diencéphalique surtout maniaques en soutenant qu'ils sont toujours associés à un certain degré de confusion mentale ; ils apparaîtraient alors comme de simples accessoires de l'état confusionnel. Précisément, dans les observations de Foerster rapportées par Gagel, il s'agit, au cours d'opérations, d'accès véritablement hypomaniaques très brefs avec non seulement des associations verbales, mais des projets fantaisistes, une humeur éautique, une excitation érotique. Ces états, sans aucune confusion, contrastent avec la personnalité antérieure du sujet. Tous les neuro-chirurgiens signalent après manipulation du tuber des états d'irritabilité, d'indocilité, habituellement transitoires mais parfois d'une durée de quelques jours, évoluant sans confusion.

Peut-on soutenir que l'intervention de la région hypnogène située en arrière crée une sorte d'état intermédiaire entre la veille et le sommeil au cours desquels pourraient surgir des symptômes maniaques à titre accessoire. Mais cette torpeur est exactement le contraire de l'hypomanie ; cliniquement elle diffère beaucoup de la confusion mentale classique consécutive à la dénutrition ou à l'intoxication aiguë de la corticalité quoique l'onirisme puisse compliquer la confusion mentale classique en qualité de symptôme de libération.

Le remarquable développement du psychisme humain dans le domaine intellectuel peut imprimer un cachet particulier à certains syndromes d'origine diencéphalique. L'agitation furieuse et aveugle de quelques délires aigus rappelle assez exactement la sham-rage expérimentale parce que l'excitation diencéphalique y est portée au maximum ; mais dans les excitations moins intenses, l'invigoration s'exerce en même temps sur l'activité, l'humeur et l'intelligence et produit un afflux désordonné mais parfois brillant de mots et d'idées, c'est le syndrome hypomaniaque, spécial à l'homme. On voit ainsi que la même pathogénie peut avoir des expressions cliniques assez différentes.

Reste la question des rapports de l'activité diencéphalique avec ce qu'on appelle à tort la « conscience ». C'est ici qu'il convient de se libérer de la terminologie traditionnelle par une analyse plus précise. Ce que les philosophes appellent la conscience est la connaissance intuitive claire et réfléchie de soi-même. En ce sens elle apparaît comme un acte surtout intellectuel. Mais cette

activité mentale n'est pas simple et nécessite la synergie de nombreuses régions encéphaliques. Je distingue :

1° *le sentiment d'être*, le sentiment d'exister. C'est ce qu'on perd quand on perd « connaissance », comme dit le langage courant. Il suffit d'avoir eu une lipothymie pas trop brusque pour comprendre cet état. Comme l'ont fait remarquer depuis longtemps Reichardt, Rosenfeld, etc... cette perte de connaissance coexiste avec l'arrêt ou le ralentissement de la respiration et des irrégularités du pouls. Cette connaissance vague de notre existence organique prend des aspects variés avec les besoins vitaux : nous sommes ayant faim, ayant soif, nous sentant bien portants, nous sentant malades, nous sentant actifs, gais ou angoissés. Beaucoup d'auteurs, dont je suis, estiment qu'elle est l'aspect psychique de l'activité synergique de tous les centres végétatifs s'étendant du bulbe au diencéphale qui sont la représentation de notre organisme interne. Elle correspond à la cœnesthésie des anciens psychiatres. Je me demande si le bulbe n'y joue pas un rôle encore plus important que le diencéphale. L'activité synergique de ces centres végétatifs semble entretenue et nuancée non seulement par l'apport nerveux centripète mais encore par la constitution du sang et des humeurs agissant directement sur les cellules nerveuses. Reichardt et Rosenfeld ont signalé la perte du sentiment d'être au cours des iclus bulbaires ou des accidents de la ponction sous-occipitale. Penfield, en 1936, dans une conférence que vous trouverez dans l'*Année psychologique* de 1938, écrit : « Il se peut très bien que toutes les parties du cerveau interviennent dans les processus conscients, mais le substrat indispensable de la conscience (notre sentiment d'être) se trouve en dehors du cortex, probablement dans le diencéphale. » Il fait remarquer, de plus, que la compression du bulbe détermine une perte de connaissance, alors que la compression de n'importe quelle autre partie du cerveau ne produit pas un effet semblable.

2° Cette question a été compliquée récemment par l'introduction de la notion du schéma corporel de Schilder. Au *sentiment d'être* s'ajoute ainsi un nouvel état psychique : *la sensation d'avoir un corps*.

A l'état normal, cette dernière sensation s'intègre au sentiment d'être, mais certains états pathologiques peuvent les montrer dissociés. La sensation d'avoir un corps, bien étudiée par Schilder, Head et M. Lhermitte, a comme substratum anatomique une région corticale, l'aire pariétale tacto-gnosique de Lhermitte.

Elle est une synthèse de sensations élémentaires proprioceptives, associée ou non à des sensations ou représentations vestibulaires et visuelles. L'asomatognosie semble prédominer sur les membres dont la sensibilité proprioceptive est beaucoup plus riche que celle du reste du corps. Les malades de cette catégorie ne sentent pas et ne reconnaissent pas leur corps musculaire et osseux, leur corps athlétique, soit partiellement, soit totalement, mais ils ne perdent pas connaissance, ils ne perdent pas le sentiment d'être, ils disent : Je n'ai pas de corps ou ce corps n'est pas à moi. Ceux qui ont perdu le sentiment d'être ne disent rien, ils sont en syncope, dans le coma ou le sommeil profond. Les troubles de l'asomatognosie sont surtout proprioceptifs, les troubles du sentiment d'être sont intéroceptifs ; les premiers sont d'origine corticale, les seconds d'origine sous-corticale.

3° Il reste enfin la conscience réfléchie telle que l'étudient les philosophes, il s'agit évidemment d'une fonction à substratum surtout cortical mais qui s'étaye sur la sensation d'avoir un corps et plus encore sur le sentiment d'être.

Bien sûr, dans les décérébrations étayées sur l'animal, et encore plus sur l'homme, si elles étaient possibles, un sujet réduit au diencephale semblerait bien diminué du point de vue psychique pour la raison que les centres végétatifs n'auraient plus le cortex à activer et seraient privées de sa collaboration, il serait désintellectualisé et désensorialisé, si je puis ainsi dire. C'est bien ce que montrent les expériences physiologiques. N'empêche qu'à mon sens il aurait conservé le sentiment d'être avec ses nuances de faim, de soif, d'irritation, d'anxiété. Or, il semble bien qu'en psychiatrie, l'origine véritable des maladies consiste en une perturbation de ces fonctions élémentaires. Elle est souvent masquée par l'importance de la composante intellectuelle qui est le symptôme dérivé le plus apparent mais non le symptôme essentiel.

Pour terminer, je souligne que le terme de régulateur appliqué à l'hypothalamus ne paraît pas exprimer la réalité. Dans une montre, le balancier (régulateur) est distinct du ressort (activateur), dans l'hypothalamus il s'agit de fonctions activantes et régulatrices à la fois.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — La communication de M. Lhermitte soulève l'important problème des troubles psychiques déterminés par « les lésions massives de l'hypothalamus ». Il est une constatation sur laquelle nous sommes tous d'accord, c'est que les différentes régions de l'encé-

phale sont en corrélation les unes avec les autres et que toute lésion massive, quelle que soit la région où elle siège, entraîne des troubles psychiques. Il ressort, en outre, que certaines zones cérébrales sont plus particulièrement en rapport avec des activités psychiques particulières ; les lésions étendues de la région hypothalamique ne font pas exception. Ce qui est plus difficile à démontrer, c'est que les lésions hypothalamiques déterminent un syndrome mental spécial. M. Lhermitte appuie sa thèse sur certaines observations qui me paraissent peu concluantes, en particulier celles qui ont trait à la paralysie générale et à la psychose polynévritique de Korsakow. Dans ces affections, les lésions sont diffuses ; elles ne sont pas cantonnées à l'hypothalamus. Je n'admets pas la doctrine, soutenue par des anatomo-pathologistes étrangers, que le syndrome de Korsakow d'origine alcoolique est déterminé par des lésions des tubercules mamillaires. Dans cette affection les lésions portent autant sur les cellules ganglionnaires du cortex que sur celles de la moelle et de la région hypothalamique, de sorte qu'il est impossible d'attribuer le syndrome mental à la seule lésion hypothalamique. Ce n'est donc que sur les cas de tumeur cérébrale altérant les parois du troisième ventricule que l'on peut s'appuyer pour édifier une telle pathogénie et encore faut-il tenir compte des lésions diffuses secondaires.

M. Jean DELAY. — Les fonctions psychiques de l'hypothalamus nous apparaissent essentiellement comme des fonctions de régulation, qu'il s'agisse de régulation de l'humeur (dont témoignent les relations du diencéphale avec les états d'hyperthymie ou d'hypothymie) ou de régulation de la conscience (dont témoignent les relations du diencéphale avec les états hypniques, confusionnels et oniriques). Lorsqu'on parle de fonctions psychiques de l'hypothalamus, il est important de ne pas perdre de vue cette notion. Ainsi, il y a, dans le diencéphale, un centre régulateur du sommeil et de la veille, c'est-à-dire un centre régulateur des oscillations de la conscience (conscience étant, pensons-nous, synonyme de vigilance), mais l'action de ce centre diencéphalique ne s'exerce que par l'intermédiaire du cortex.

J. LHERMITTE. — A M. Marchand, je répondrai que le terme de lésions massives du mésodiencéphale n'implique pas qu'il s'agisse de tumeurs volumineuses, mais j'ai voulu bien marquer que l'altération portait sur l'ensemble de l'hypothalamus médian. J'ajouterai, ce qui est bien connu de tous, que des néoplasies beaucoup plus considérables dans leur masse et situées en d'autres régions de l'encéphale ont pu évoluer sans entraîner de perturbations psychiques. D'autre part, si j'ai rappelé les observations de Gaupier qui montrent les altérations des corps mamillaires dans la psychopolynévrite ainsi que les interprétations auxquelles ces faits ont donné lieu, je me suis bien gardé de les prendre à mon compte, et j'ai souvent insisté sur ce que, aussi bien les psychopolynévrites que l'encéphalite dite épidémique constituent

de détestables sujets pour qui veut établir une localisation lésionnelle, car, dans ces éventualités, les altérations se montrent très diffuses, encore que plus marquées en certaines régions, et envahissent jusqu'à l'écorce cérébrale.

M. J. Delay pense que le diencephale peut être considéré comme un régulateur de la conscience ; les faits anatomo-cliniques que je viens d'apporter en démontrant la réalité. Cependant, il importe d'établir une discrimination dans les perturbations des fonctions de conscience : le sommeil, l'hypnose, le coma comportent bien des altérations de la conscience, mais elles-ci apparaissent de qualité fort différente.

S'il me fallait répondre aux objections que m'a adressées M. Guiraud, je devrais reprendre trop de données de la psychopathologie pour que cette entreprise soit réalisable. Dans le problème qui nous occupe, il faut dissocier deux choses : les faits et les interprétations. J'ai apporté aujourd'hui une nouvelle observation en montrant que les lésions globales du diencephale médian entraînent l'éclosion de phénomènes psychiques assez particuliers pour être remarqués et forment par leur groupement et leur contexte neurologique un syndrome assez précis pour autoriser un diagnostic de localisation. Cette observation nouvelle me paraît surtout à retenir parce qu'elle s'intègre exactement dans la ligne de faits que nous avons publiés depuis 1918 avec H. Claude, G. Roussy, Doussinet, J. de Ajuriaguerra, Sengès, Boulet, J.-O. Trelles et qui font voir qu'une lésion bien localisée à l'hypothalamus ne se révèle point par des caractères quelconques mais par une physionomie originale et personnelle.

Valeur thérapeutique de l'électro-choc. Absence épileptique en psychiatrie, par MM. P. DELMAS-MARSALET et J. FAURE.

Dans son livre « L'électro-choc thérapeutique et la dissolution-reconstruction », l'un de nous signalait que l'électro-absence épileptique peut agir favorablement sur certaines psychoses. Toutefois, la difficulté d'obtenir à coup sûr la simple absence, et la fréquence des chocs manqués, rendant difficile la conduite d'une cure par les seules « infra-erises », ce mode d'action thérapeutique n'avait pas été recommandé.

Depuis la rédaction de ce livre, un perfectionnement technique permet d'obtenir la simple absence avec une régularité satisfaisante. Ce perfectionnement découle de la loi suivante formulée par l'un de nous (1) : « Lorsque l'on donne au temps de

(1) P. DELMAS-MARSALET. — Absence épileptique et crise convulsive de l'électro-choc ; leur production à volonté. Etude de l'absence épileptique. Soc. méd.-psych., 28 juin 1943. *Paris médical*, 10 octobre 1943.

passage du courant d'électro-choc la valeur qui, sous un certain voltage, produit des crises convulsives il existe un autre voltage (inférieur au premier) pour lequel ce même temps de passage du courant ne donne plus que des « infra-crisis » (absences). Une modification apportée à notre appareil permet de travailler sous deux voltages distincts respectivement générateurs des « crises-types » et des « infra-crisis », le temps de passage du courant étant toujours donné par le retour au zéro du milliampèremètre préalablement interrogé sous deux volts.

Dans ces conditions, nous avons pu distinguer cliniquement, et par l'enregistrement graphique, trois types d'infra-crisis (1) : 1° l'absence sans apnée ; 2° l'absence avec apnée ; 3° l'absence avec apnée et légère hypertonie musculaire (forme de passage entre l'infra-crise et la crise-type convulsive).

Il devenait donc possible d'étudier la valeur thérapeutique des infra-crisis en éliminant les crises convulsives, obtenues sans avoir été recherchées. Nos conclusions découlent de l'observation minutieuse de 56 cas : elles établissent que l'électro-absence possède bien une valeur thérapeutique, conformément à notre première impression et contrairement à certaines opinions hâtivement formulées. Nos résultats s'expriment sous une forme un peu sèche mais très objective.

1° Cas où le traitement par les seules absences a donné un résultat comparable à celui des crises convulsives. — Répondent à cette définition : trois psychoses de choc sur trois, sept mélancolies sur onze, deux dépressions simples sur trois, trois manies sur quatre, deux bouffées délirantes de dégénérés sur trois, une schizomanie, trois schizophrénies sur neuf, un délire d'interprétation, un délire de persécution, un automatisme mental sur deux, une psychose post-puerpérale.

La notion de « résultat comparable » a été tirée de la confrontation de nos cas avec d'autres, traités antérieurement ou au même moment par les crises convulsives.

2° Cas où le traitement par les seules absences a paru supérieur au traitement par les crises convulsives. — Dans certaines manies l'électro-choc convulsivant détermine parfois une recrudescence d'excitation alors que la simple absence donne dans quelques cas une sédation de l'agitation (un cas sur quatre).

L'hypocondrie constitutionnelle, habituellement mal influencée par les crises convulsives (idées de revendication), réagit mieux aux simples absences ; il en a été de même dans des dépressions hypocondriaques légères (au total cinq cas sur cinq) ; ce point nous paraît important à souligner.

3° *Cas où le traitement par les absences a momentanément augmenté les troubles psychiques.* — Ces cas sont assez rares. Il s'agit habituellement de bouffées d'excitation survenant le jour de l'électro-choc, et plus particulièrement après des absences sans apnée, comportant une perte de conscience très courte. Ceci a été noté dans trois cas de mélancolie sur onze, un cas de bouffée délirante, un cas d'automatisme mental sur deux, un cas de démenée paranoïde sur deux.

Si dans ces cas on pratique une thérapeutique comportant des crises alternées, les unes d'absence pure, les autres de convulsions, le résultat obtenu le jour du traitement permet d'établir une comparaison immédiate.

4° *Cas où le traitement par les absences a échoué, alors que les crises convulsives ont donné un succès.* — Il s'agit, tout d'abord, d'un certain nombre de cas figurant dans le chapitre précédent. En outre, certains sujets (non améliorés après une série de dix absences en moyenne) ont été radicalement transformés dès les premières crises convulsives. Il en a été ainsi dans des cas de mélancolie (échec de cinq absences, guérison par les crises convulsives ; échec de dix absences, guérison par six crises convulsives) ; dans un cas de bouffée délirante (échec de dix absences, rémission incomplète avec six crises convulsives) ; dans deux cas de schizophrénie (échec de sept absences, rémission après six crises convulsives ; échec de 12 absences, rémission après douze crises convulsives) ; dans un cas d'automatisme mental (échec de six absences, rémission après six crises convulsives).

5° *Cas où les absences et les crises convulsives se sont montrées également inefficaces.* — Il s'agit de démenées paranoïdes et de quelques cas de schizophrénie.

Cette énumération un peu sèche de nos résultats comporte quelques commentaires généraux :

1° Il est habituellement nécessaire de provoquer un nombre d'absences plus grand que celui des crises convulsives donnant des résultats comparables.

2° L'absence avec apnée paraît être plus efficace que l'absence sans apnée, probablement du fait qu'elle entraîne une perte de conscience plus longue. Nous montrerons, dans un travail prochain, que les troubles humoraux obtenus dans les deux cas ne sont pas très différents.

3° La pratique des absences ne nous a pas donné d'incident, sauf dans un cas où une apnée prolongée a cédé rapidement à

la respiration artificielle. Nous n'avons jamais eu besoin de recourir aux inhalations de CO_2 préconisées par J. Delay.

Au point de vue pratique il est donc possible de retenir les données suivantes :

1° L'absence, lorsqu'elle entraîne une perte de conscience d'une durée suffisante, a une valeur thérapeutique réelle, quoique habituellement inférieure à celle de la crise convulsive ; l'absence avec apnée paraît être supérieure à l'absence sans apnée.

2° Dans quelques cas (hypocondrie surtout), l'absence paraît être supérieure à la crise convulsive.

3° On est donc autorisé à utiliser la thérapeutique par les électro-absences dans les cas suivants :

a) comme début de tout traitement par l'électro-choc : si au bout de six absences en moyenne aucun résultat favorable, même passager, n'est enregistré, il y a lieu de pratiquer des crises convulsives ;

b) dans les cas où l'état général et celui du squelette contre-indiquent la convulsivothérapie ;

c) dans certains cas où les crises convulsives se montrent inopérantes ou génératrices d'une recrudescence de troubles ; sans aucune prévisibilité on enregistre, parfois, des résultats favorables à l'absence ;

d) dans l'hypocondrie, et d'une manière générale, toutes les fois qu'il existe un élément cénesthopathique important.

Étant donné le peu d'importance des modifications humorales déterminées par l'absence, il semble bien que les résultats favorables soient uniquement imputables à la dissolution de fonction résultant de la perte de conscience et que le degré moindre de celle-ci puisse être, dans quelques cas, plus favorable que les dissolutions plus profondes réalisées par l'électro-crise convulsive.

Interprétation du syndrome acido-basique de l'électro-choc par MM. P. DELMAS-MARSALET, L. SERVANTIE et J. FAURE

Les modifications apportées au CO_2 total, aux protéines et à divers éléments du sang, à la suite de l'électro-crise convulsive, ont été remarquablement décrites par Delay et Soulaïrac dans une série de travaux fondamentaux. Notre but est d'en fixer, si

possible, l'origine et les mécanismes, en tenant compte des mesures de biochimie sanguine et urinaire, conjuguées avec l'enregistrement graphique des diverses modalités d'électro-crisés.

Avant d'admettre l'existence d'un mécanisme nerveux de régulation humorale il convient de remarquer que le déclenchement d'un électro-choc convulsif met en jeu trois facteurs principaux : 1° un facteur émotionnel lié aux préparatifs techniques ; 2° un facteur respiratoire représenté par l'apnée causée par la crise et la polypnée qui la suit ; 3° un facteur musculaire considérable dont les convulsions tonico-cloniques sont la cause majeure et le spasme électrique initial la cause mineure.

Le simulacre d'électro-choc provoque, habituellement, une augmentation du CO_2 total de 1 à 2 volumes, perceptible à la dixième minute environ après sa réalisation. Le taux des protéines et du sodium demeure inchangé. Quant à la glycémie, elle subit des oscillations avec un maximum d'augmentation vers la sixième minute : nous n'étudierons pas dans ce travail la question de la glycémie. Parallèlement à la hausse légère du CO_2 , les urines, recueillies au bout d'une heure, montrent (par comparaison avec les urines pré-opératoires) une élévation du pH, une diminution nette des acidités organiques, formol, directe et totale. Le taux d'acide pyruvique urinaire ne change pas. Il s'agit donc bien d'un état léger d'alcalose non gazeuse, liée au facteur émotionnel.

Si l'on vient à pratiquer un simple spasme électrique, sans aucune perte de conscience et sans convulsions tonico-cloniques, on constate une légère baisse du CO_2 total sanguin (1 à 2 volumes) nettement perceptible pendant les 50 à 60 secondes qui suivent le spasme, et dont la durée est éphémère ; protéines et sodium ne se modifient pas. Dans les urines, recueillies au bout d'une heure (et après que le malade a ingéré un verre d'eau avant l'expérience), le pH est sensiblement stable tandis que l'acidité organique augmente et que parfois se manifeste une hausse de l'acide pyruvique. On a donc l'impression très nette qu'un phénomène musculaire tel que le simple spasme électrique tend à réaliser une acidose non gazeuse. Si, dans certains cas, cette acidose n'apparaît pas, cela tient à un prélèvement sanguin trop tardivement fait ou bien à l'effet concurrent de l'alcalose non gazeuse d'origine émotionnelle.

En dosant convenablement la valeur du courant d'électro-choc, il devient possible d'obtenir (comme l'un de nous l'a démontré), soit une absence sans apnée, soit une absence avec apnée.

L'absence sans apnée fournit un résultat sanguin et urinaire

sensiblement comparable à celui donné par le spasme sans inconscience. Toutefois, la chute du CO_2 sanguin est habituellement un peu plus forte et plus durable, l'acidité urinaire est plus considérable et l'augmentation d'acide pyruvique souvent plus nette. Cela tient probablement au fait que, le courant déterminant une absence étant plus fort, le spasme électrique est lui-même plus intense. Il s'agit donc encore ici d'une acidose non gazeuse. Toutefois, certains malades peuvent donner une réaction sanguine du type de l'alcalose non gazeuse avec un pH urinaire très légèrement augmenté, en dépit d'une hausse de l'acidité organique urinaire : la concurrence entre l'alcalose non gazeuse d'origine émotive et l'acidose non gazeuse d'origine musculaire (spasme) explique encore ce fait.

Dans l'absence avec apnée (qui demande un courant un peu plus fort), la baisse du CO_2 total du sang est habituellement plus forte que dans le cas précédent, probablement à cause de la plus grande intensité du spasme électrique. Protéines et sodium demeurent inchangés. L'acidité urinaire totale et le taux d'acide pyruvique sont augmentés. Il s'agit donc, encore ici, d'une acidose non gazeuse. Dans certains cas où l'apnée est longue (50 à 90 secondes), la baisse du CO_2 total peut être faible car l'apnée contribue à élever le taux de ce constituant du sang en vertu d'un mécanisme asphyxique d'acidose gazeuse.

De cette première série d'expériences nous pouvons conclure que : 1° la réaction émotive se fait dans le sens de l'alcalose non gazeuse ; 2° le spasme électrique est générateur d'une légère acidose non gazeuse ; 3° l'apnée tend à provoquer une acidose gazeuse. C'est à la combinaison variable des deux premiers facteurs dans l'absence sans apnée, et des trois dans l'absence avec apnée, que sont imputables certains résultats obtenus par Delay et Soulaïrac (alcalose de l'absence épileptique).

Cette dissection expérimentale des phénomènes liés à l'électrocrise s'éclaire encore mieux si l'on vient à réaliser une crise convulsive typique du type retardé, c'est-à-dire lorsqu'il existe entre le spasme électrique et les convulsions tonico-cloniques un intervalle apnéique de 20 à 30 secondes. Comme le démontrent nos tracés, on saisit successivement une baisse du CO_2 total immédiatement après le spasme électrique (spasme fort puisque le courant va engendrer une crise convulsive), puis un relèvement de ce CO_2 à la fin de la phase apnéique préconvulsive, puis une énorme chute du CO_2 total à la cinquième minute après le début de l'expérience, c'est-à-dire après le paroxysme convulsif tonico-clonique. Dans ce cas, comme l'ont bien montré Delay et

Soulairac, le taux des protéines s'élève notablement ainsi que celui du sodium, alors que dans le simulacre de crise, le spasme électrique et les absences avec ou sans apnée, ces taux ne varient pas.

Nos recherches sur les urines nous ont montré que la crise convulsive détermine une forte baisse du pH , une hausse considérable de l'acide pyruvique (jusqu'à cinq fois plus), de l'acidité organique (dix fois plus), de l'acidité totale (cinq à six fois plus) dans l'échantillon recueilli une heure après le choc.

Il est donc remarquable de voir que toutes les fois qu'intervient un phénomène musculaire (surtout convulsions), il se produit une acidose non gazeuse avec chute du CO_2 total du sang, une augmentation de l'acide pyruvique et de l'acidité organique urinaire. Dans le cas du spasme électrique (isolé ou prémonitoire de l'absence), cette acidose existe, mais à un taux si faible que l'alcalose pré-opératoire peut la neutraliser ou l'emporter, au point de faire croire à une réaction alcalosique qui serait propre aux absences, par opposition à l'acidose constante de la crise convulsive.

Ayant ainsi la conviction que l'acidose non gazeuse est un phénomène lié à l'activité musculaire il convient d'évoquer nos connaissances classiques sur ce sujet. Or, en 1930, Dill, Talbot et Edwards ont bien montré que l'exercice entraîne une baisse de la réserve alcaline du plasma tandis que les protéinates, phosphates, lactates et chlorures du sang sont augmentés.

Ils ont montré, en outre, que la baisse de la réserve alcaline est parallèle à une hausse de l'acide lactique du sang dont l'origine musculaire n'est pas douteuse et que ce double effet est d'autant plus marqué que le sujet est moins entraîné au point de vue musculaire. Ils ont pu voir, en outre, que l'exercice entraîne un transfert d'eau du sang vers les tissus et, avec lui, la migration d'ions diffusibles.

Si l'on veut bien remarquer que les convulsions épileptiques représentent, sans contestation, une activité musculaire généralisée et intense, dont on chercherait en vain l'équivalent dans un travail professionnel ou une performance sportive, on voit que l'on est fondé à attribuer au travail musculaire (convulsions et spasme) les modifications acido-basiques du sang et des urines dans l'électro-choc. Cette conception explique non seulement la baisse du CO_2 total (du fait de l'acide lactique produit par le travail musculaire), mais l'élévation contingente des protéines, des phosphates et du chlore décrite par Delay et Soulairac. Les augmentations de l'acidité organique urinaire et de l'acide

pyruvique, trouvées par nous, renforcent cette conception. En outre, la notion d'entraînement au travail musculaire explique l'intensité des perturbations acido-basiques causées par l'électro-choc chez des sujets peu musclés et non entraînés, alors que de véritables athlètes peuvent donner des modifications humorales moins fortes. Il n'est pas jusqu'au phénomène de transfert d'eau dans les tissus qui ne gagne à cette explication.

La biochimie de l'activité musculaire explique, sans l'intervention de centres nerveux régulateurs humoraux, les modifications du CO_2 , des protéines, du phosphore, du chlore et même de l'eau, modifications qui constituent le syndrome chimique post-convulsif de Delay et Soulaïrac. Dans le cas où cette activité est réduite au seul spasme électrique isolé, ou au spasme qui précède les absences, la concurrence chimique exercée par l'alcalose émotionnelle et l'acidose gazeuse de l'apnée explique certaines divergences de résultats.

DISCUSSION

M. JEAN DELAY. — Il importe de dissocier les éléments du syndrome humoral de l'électro-choc, qui n'ont pas tous la même signification. Dans une note à la Société de biologie (27 novembre 1943), nous avons signalé que l'électro-absence ne produisait pas les mêmes modifications que l'électro-convulsion. L'acidose, l'hyperprotidémie, l'hypercalcémie, l'hyperphosphorémie, etc., font alors défaut, ce qui suggère le rôle déterminant de la convulsion dans leur production (encore que ces perturbations ne se retrouvent pas identiques dans l'épilepsie convulsive spontanée). Mais l'hyperglycémie s'observe aussi bien dans l'électro-absence que dans l'électro-convulsion. Qu'une simple réaction émotionnelle, comme vient de le souligner Delmas-Marsalet, puisse entraîner l'hyperglycémie, c'est chose bien connue depuis les travaux de Cannon, et l'assimilation par Cerletti de l'épilepsie convulsive électrique à une réaction émotionnelle inconsciente (syndrome d'épouvante-défense) laisse supposer que l'hyperglycémie de l'électro-choc n'est pas différente, dans son mécanisme, de l'hyperglycémie émotionnelle, d'autant qu'elle s'accompagne comme celle-ci de tout un syndrome sympathique : tachycardie, hypertension artérielle, mydriase, vaso-constriction, horripilation, etc... Cette hyperglycémie témoigne-t-elle d'une décharge adrénalinique par stimulation de la médullo-surrénale ? Contrairement aux résultats de Kessler et Gellhorn, nous avons constaté que l'électro-choc, chez le rat surrénalectomisé, entraînait encore l'hyperglycémie que nous interprétons comme le reste du syndrome neuro-végétatif par une excitation hypophyso-diencéphalique en faveur de laquelle témoignent, outre de nombreux arguments déjà rapportés, nos constatations sur l'action de l'électro-choc sur le cycle sexuel (Société d'endocrinologie, 23 mars 1944).

L'assistance sociale psychiatrique (1). Note préalable sur la définition et le rôle de l'assistante (médico-)sociale en général, par MM. G. DEMAY, H. BEAUDOUIN et R.-H. HAZEMANN.

Divers collaborateurs se proposent de soumettre à votre appréciation, et surtout à vos critiques, les éléments essentiels d'une question d'actualité, celle du *service social* dans l'ordre psychiatrique : à l'hôpital spécialisé, au dispensaire spécialisé, sous l'angle du secret médical.

Il ne paraît pas inutile, avant d'entrer dans le vif du sujet, de nous limiter aujourd'hui, et, selon le vœu récemment répété par l'un de nous, de débiter par une entente terminologique. Cette précaution, croyons-nous, ne paraîtra pas superflue à ceux qui ont remarqué le rôle attribué aux assistantes sociales par quelques émissions radiophoniques, comme à ceux qui ont pu voir, dans certain établissement hospitalier donner le titre de « Service social » à un affichage destiné à l'annonce de représentations, d'échanges ou d'achats divers.

Avant tout donc, le terme *d'assistante sociale* est à définir avec précision. Une compétence indiscutable, celle de E. Rist, nous fournit la critique sur la façon dont « est née la *confusion verbale qui pèse sur la notion d'assistante sociale*. Le mot a été fâcheusement détourné de son véritable sens ».

L'un et l'autre termes, dit Rist, sont à préciser, et l'assistante sociale « n'est pas une visiteuse des pauvres, elle n'est pas une organisatrice d'œuvres d'assistance... elle *assiste*, à l'hôpital, le médecin » (comme le juge au tribunal pour enfants)..., « elle *les aidera*, par son activité propre, à remplir complètement leur mission spécifique qui est, pour le médecin, de rétablir la santé... »

L'auteur souligne encore comment la confusion créée par abus de langage sur le sens du terme « assistante » se retrouve, aussi grave, dans le terme « social », fort mal choisi d'ailleurs : « ...En réalité, dit-il, ce n'est pas au groupe social comme tel que l'assistante a affaire ; c'est au contraire à l'individu, dans ce qu'il a de plus personnel et de plus irréductible... Entre ces deux termes qui s'opposent, le *social* et l'*individuel*, c'est le second qui la sollicite et qu'elle doit choisir... » Elle doit aussi concilier l'un et l'autre et, comme l'écrivait l'un de nous en 1936, l'assistante sociale « cherche à résoudre la double contradiction existant entre les individus et la collectivité, la collectivité et les individus ».

Il essayait aussi de dégager, du point de vue de l'hygiéniste, la façon dont le « germe » tendait à s'effacer au profit du « terrain » en disant : « Le corps humain représente le terrain où prolifèrent le germe et la maladie. Mais on ne saurait oublier qu'en définitive la famille et le milieu social constituent eux aussi une sorte de *terrain sur lequel évolue le malade*. Aussi l'hygiéniste est-il de plus en plus obsédé, non par le germe, mais par le *terrain social*... »

L'enquête au sujet de ce terrain prend donc de plus en plus d'importance et d'intérêt. Ainsi, les assistantes sociales apparaissent-elles, et il faut y insister, comme des agents *d'information, de liaison*, — plus que d'exécution — entre les organismes publics ou privés, qui pratiquent l'assistance (au sens d'aide) et les familles « assistées ». C'est à ces organismes de prévoir l'origine de leurs ressources, d'en décider l'attribution et la forme. Ce n'est qu'à titre exceptionnel — le point de vue est souligné par tous les auteurs français et étrangers qui ont étudié la question — et dans les cas d'urgence immédiate, que l'assistante sociale peut intervenir dans l'octroi de secours en argent. Cette forme aussi doit être exceptionnelle, et Richard Cabot la compare à l'injection de morphine...

Primitivement issu de l'activité médicale, puis adapté à d'autres activités, le rôle des assistantes sociales s'est à tel point étendu que les pouvoirs publics ont dû envisager une réglementation à son endroit. Touffue malgré son caractère récent, elle a abouti à des textes qui se sont succédé trop fréquemment, s'abrogeant en tout ou partie, et d'une façon qui nous paraît marquer les incertitudes en la matière.

Aussi n'est-il pas superflu — encore que le plus récent Décret, du 11 juillet 1942, l'ait supprimé — de rappeler un essai de distinction établi par les Décrets du 12 novembre 1941, entre deux groupes : assistantes sociales et assistantes médico-sociales. Pour dissiper une « incertitude, voire des inquiétudes », nées de ces textes, une circulaire du 17 février 1942 venait « préciser le rôle des unes et des autres » :

1. Les assistantes sociales, qualifiées parfois de « familiales », ont un « secteur » où « elles prennent en charge les familles, à l'exception de celles dont la déficience physique ou sociale entraîne l'intervention des services de la santé ou de l'assistance. Leur mission est de visiter ces familles et d'y faire, avant tout, œuvre d'éducation ».

2. Les assistantes médico-sociales ont une mission « limitée aux familles relevant de l'intervention des services de la Santé ou de l'Assistance ».

Il doit y avoir, entre elles, une liaison permettant « d'éviter la présence simultanée de deux assistantes auprès d'une même famille ».

Si la lettre — présentement au moins — ne subsiste pas, il nous semble utile de maintenir la distinction de principe entre les assistantes sociales chargées d'intervenir sans point de départ d'ordre médical et les assistantes « médico-sociales » ou « spécialisées » dont il faut limiter les charges, sous peine de les submerger jusqu'à entraver leur activité utile.

C'est au Français Calmette que, d'après Richard C. Cabot, revient l'initiative d'avoir conçu en ce sens l'activité d'une collaboratrice immédiate du médecin : voulant substituer « aux remèdes » quelque chose de plus efficace, il considère le dispensaire anti-tuberculeux « comme un foyer de combat... il recommande les visites domiciliaires... il est, dans la lutte contre la tuberculose, l'innovateur de la méthode qui consiste à soigner la maladie simultanément au domicile et au dispensaire ».

Collaboratrice immédiate du médecin, l'assistante sociale ne l'est pas sur le même plan que l'infirmière, qui garde « soumission et esprit d'infériorité vis-à-vis du médecin », cependant que l'assistante sociale a « un caractère agressif vis-à-vis de la maladie et une activité mentale de chef et d'éducation vis-à-vis du malade » (C. Cabot). Son action doit être considérée « non plus comme un secours, mais comme une rééducation » (R. Sand), en vue de modifier une organisation défectueuse, de pousser l'individu à une ligne de conduite qui lui permette de subvenir à ses besoins, d'organiser les conditions du travail, etc. (C. Cabot). En un mot, selon M. Richmond, « *le Service social des cas individuels est l'ensemble des méthodes qui développent la personnalité en rajustant consciemment et individuellement entre eux l'homme et son milieu social* ». D'une façon plus lapidaire on a pu dire : L'assistante sociale « doit « apprendre à vivre » à ses familles » (Sellier et Hazemann).

Pour aboutir à un tel but, il faut savoir reconnaître les causes de désadaptation (organiques, morales, familiales, économiques), qui forment un siècle vicieux, d'où nécessité pour l'assistante sociale de certaines connaissances fondamentales : étiologie des maladies, théories essentielles (hérédité...), pronostic (dépenses éventuelles...), hygiène... et toutes autres connaissances susceptibles de lui faire gagner la confiance de son « client ».

Compréhension de l'individu et de son milieu social, *action* sur le client, directe et indirecte (par le milieu), sont les qualités qui se doivent combiner pour réaliser l'habileté professionnelle de l'assistante sociale (M. Richmond).

Bien conduites, ses *enquêtes* doivent être complètes, « objectives » et « concluantes » (Armand-Delille), rédigées avec méthode et clarté. A leur suite viennent des *démarches* complexes de placement, d'où connaissance des établissements de cure (taux, conditions, places, catégories de malades...), un *contact* fréquent avec le malade hospitalisé, une *surveillance* individuelle après la sortie.

Dans l'ordre impersonnel, ces travaux ont pu devenir la base de statistiques fructueuses, de découvertes sociales intéressantes (M. Richmond).

Ces quelques notions, volontairement très générales, pourront sembler banales à ceux auxquels elles sont déjà très familières. Il nous a paru opportun pourtant de les rappeler schématiquement, en vue d'aborder plus fructueusement l'étude du Service social spécialisé.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- Richard-C. CABOT. — *Essais de médecine sociale. La fonction de la visiteuse à domicile* (Grès, 1919).
- Marg.-E. RICHMOND. — *Les méthodes nouvelles d'assistance. Le Service social des cas individuels* (Alcan, 1926).
- Armand DELILLE. — *Le Service social dans les collectivités contemporaines* (Delagrave, 1929). *Traité de Service social* : I. Problèmes. Modes d'étude. Eléments de solution (Delagrave, 1939). II. Les spécialisations du Service social (1942). *Guide de l'Assistante sociale* (Legrand et Bertrand, 1943).
- René SAND. — *Le Service social à travers le monde* (A. Colin, 1931). *L'économie humaine par la médecine sociale* (Rieder, 1934).
- H. SELIER et R.-H. HAZEMANN. — *Revue d'hygiène*, octobre 1936 : La santé publique et la collectivité. Hygiène et Service social.
- E. RIST. — *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, février 1942 : Le S.S. dans les entreprises industrielles.

DISCUSSION

M. HAZEMANN. — L'anarchie est à son comble dans cette question des assistantes sociales, c'est pourquoi nous avons décidé de tenter d'y voir clair, ce qui ne me paraît pas inutile, puisqu'à Paris on compte qu'il existe une assistante ou une auxiliaire sociale pour un carré de 225 mètres de côté, alors que tout le monde se plaint du manque de travailleuses sociales !

La première expérience moderne de ce service social a été faite en France par un prêtre, le 23 août 1617, à Châtillon-les-Dombes. Cet ecclésiastique avait l'expérience du monde, puisqu'il avait vécu chez les Gondi, qu'il avait été curé de la paroisse rurale de Clichy et qu'il

avait eu l'occasion de pratiquer la confession générale chez de nombreux paysans. Il avait acquis ainsi des aperçus psychologiques très rares et nombreux sur les gens normaux et probablement anormaux. Donc, M. Vincent avait exhorté à la charité, lors de son prêche de Châtillon-les-Dombes, les habitants de cette ville en faveur d'une famille pauvre où le père, la mère et les enfants étaient malades. L'après-midi, il se rendit sur place et vit que de nombreux paroissiens, très émus, avaient déposé une quantité de dons excessive. Il pensa qu'il vaudrait beaucoup mieux que cette famille fût aidée chaque jour et selon ses besoins, ce que nous appelons maintenant « suivie ». C'était la première condition de la « prise en charge » du travail de l'assistante sociale. Il créa, pour ce faire, une confrérie composée de vingt bénévoles, auprès desquelles il plaça deux servantes des pauvres rémunérées. Par la suite, il créa d'autres confréries à Paris auprès des hôpitaux, formées des dames de la charité, mais il s'aperçut que celles-ci, préoccupées par les soucis de leur foyer (mari, amis, enfants), leurs habitudes mondaines diverses, ne pouvaient justement pas assurer la prise en charge de ce premier service social à l'hôpital, d'autant plus que les épidémies de peste ralentissaient quelque peu leur zèle. Il créa donc des confréries de Filles de Charité qui étaient des femmes du peuple, cependant sachant lire et écrire, ce qui, pour l'époque, pouvait être considéré comme l'équivalent de notre diplôme d'Etat. Ainsi le premier service médico-social professionnel à domicile était créé, placé en grande partie sous l'autorité du médecin, puisqu'en aucun cas une Fille de Charité ne devait contredire le praticien.

La séance est levée à 17 heures 30.

Les secrétaires des séances :

Paul CARRETTE et Pierre MENUAU.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

De l'unité somato-psychique, par Jean DECHAUME (*Journal de médecine* Lyon, 20 octobre 1943).

Dans ce travail, extrait de ses leçons de pathologie générale à la Faculté de médecine de Lyon, le professeur Jean Dechaume, restant dans le cadre des disciplines médicales, expose successivement : 1° les bases anatomiques et physiologiques sur lesquelles peuvent s'étayer la conviction que des corrélations intimes s'établissent entre le corps et l'esprit et la certitude de cette unité somato-psychique ; 2° l'importance des facteurs neuro-psychiques de la personnalité et de la santé ; 3° les conséquences pathologiques de cette interdépendance du physique et du psychique ; 4° les applications pratiques et les avantages de ces liaisons somato-psychiques.

L'ubiquité des formations nerveuses, l'unité du système nerveux réalisée par l'intrication des systèmes cérébro-spinal et neuro-végétatif et, physiologiquement, par le synchronisme du développement physique et du développement intellectuel, par les synergies psycho-neuro-endocriniennes, par ce que nous savons des localisations cérébrales, des facteurs extra-cérébraux de l'activité psychique et par l'action du psychisme sur les fonctions somatiques, montrent les relations d'interdépendance entre viscères, endocrines, système nerveux, entre fonctions végétatives et activité psychique. Il existe des facteurs neuro-psychiques de la personnalité de même qu'il y a des facteurs neuro-psychiques de la santé.

Les conséquences morbides de cette unité conduisent à une somato-psychopathologie dont l'étude, après avoir précisé l'influence du système nerveux sur les maladies viscérales et le rôle des lésions nerveuses dans les troubles psychiques, permet de mettre en lumière le retentissement psychique des maladies viscérales, les facteurs psychiques des maladies mentales et le retentissement viscéral de celles-ci, les causes psychiques enfin des maladies viscérales, ce dernier point n'étant d'ailleurs pas admis par tous en dépit de faits convaincants, en dépit aussi de l'influence souvent relatée de l'influence du « moral » sur l'évolution des maladies organiques chroniques.

De ces liaisons somato-psychiques, si intimes, d'utiles conclusions prati-

ques se dégagent dans le domaine de la thérapeutique et de l'hygiène. La psychiatrie utilise aussi bien la psychothérapie que les thérapeutiques biologiques, le plus souvent somatiques, et la neuro-psycho-chirurgie. De même, pour le traitement des affections viscérales, douloureuses ou chroniques, on a recouru non seulement aux médications neuro-végétatives, mais à la neuro-chirurgie et même, qu'on l'avoue ou non, à la psychothérapie ; ainsi s'édifie une véritable neuro-psychothérapie des affections viscérales.

Enfin, et ce n'est pas le moins important, car mieux vaut assurer la santé et prévenir la maladie qu'avoir à la guérir, sur la notion de l'unité somato-psychique se fondera une hygiène mentale qui, ne se contentant pas de cette tâche si importante déjà qu'est la prophylaxie des maladies mentales, visera à favoriser l'épanouissement complet de la personnalité psychique de l'individu.

René CHARPENTIER.

Atrophie cérébrale progressive à prédominance préfrontale par maladie de Pick probable, par P. MOLLARET et R. MESSIMY (*Revue neurologique*, mai-juin 1943).

Intéressante observation d'une malade de 53 ans, psychasthénique et hyperémotive de toujours, dont l'affection débuta en 1941 par des troubles progressifs de la mémoire. L'absence d'étiologie vasculaire, infectieuse, ou tumorale, l'apparition à un âge semi-tardif, le caractère spécial des troubles psychiques et les petites anomalies neurologiques firent envisager la probabilité d'une atrophie cérébrale, type Pick, et d'une prédominance préfrontale du processus atrophique.

Au point de vue psychiatrique, MM. P. Mollaret et R. Messimy signalent l'intensité de la dissolution de la mémoire, présentée par la malade, plus amnésique qu'aphasique, le déficit de l'attention volontaire, la perte de l'attitude abstraite ou catégorique (K. Goldstein et S. Katz) avec conservation de l'attitude concrète, la perte de l'initiative, la perte des réactions psychiques, le caractère stéréotypé du comportement psycho-moteur, un certain degré d'euphorie, la conservation des facultés élémentaires d'observation et des réactions de défense.

Au point de vue neurologique, des phénomènes de catalepsie, l'exagération des réflexes ostéo-tendineux médians, des troubles sensitifs. L'encéphalographie gazeuse, nettement démonstrative, montra une fosse cérébrale antérieure à demi-déshabillée. La ventriculographie apporta une confirmation en montrant une distension ventriculaire importante et nettement plus marquée sur les cornes frontales. L'objectivation visuelle indirecte du processus atrophique cérébral et de sa prédominance frontale confirmait donc les conclusions cliniques. Profitant pour cela de la ventriculographie, les auteurs ont pu faire une biopsie corticale; mais l'examen histologique par M. Ivan Bertrand, des deux petits fragments, d'ailleurs prélevés, non sur le pôle préfrontal mais sur le pôle occipital, n'a rien révélé d'anormal. L'électro-encéphalographie, par M. Ivan Bertrand et Mme Godet-Guillain, a montré l'absence presque complète de foveaux α , remplacés par leurs harmoniques supérieures, et l'absence de signes d'excitation, correspondant à une altération diffuse de l'encéphale, probablement d'ordre dégénératif, sans foyer identifiable électriquement : aspect d'ailleurs comparable sur les tracés frontaux, pariétaux et occipitaux. Rien ne permet cependant d'affirmer que

l'atrophie constatée relève bien d'une maladie de Pick et non, en particulier, d'une maladie d'Alzheimer, types d'atrophie cérébrale si voisins que les nuances cliniques, voire histologiques qui, théoriquement, les distinguent, ne paraissent à tous « ni constantes, ni pertinentes ».

En terminant, MM. P. Mollaret et R. Messimy insistent sur l'importance des antécédents pathologiques héréditaires que présentait la malade, dont ils relatent ici l'observation. L'atrophie cérébrale, celle de la maladie de Pick comme celle de la maladie d'Alzheimer, apparaît de plus en plus être la résultante d'un processus dégénératif, abiotrophique, très souvent hérédodégénératif, hérédodébiotrophique. Quant aux raisons de la localisation électorale du processus atrophique sur les régions préfrontales et temporales, deux hypothèses ont été présentées : territoires plus récents phylogénétiquement, donc plus fragiles (Gans), ou électorité architectonique (C. Vogt, G. Guillaumin et I. Bertrand).

On trouvera à la fin de ce mémoire une importante bibliographie de la question.

René CHARPENTIER.

La forme psycho-hypertonique de l'encéphalite typhoïdique. Sa clinique et sa pathogénie. Discussion du rôle des sulfamides, par J.-A. CHAVANY, E. BODER et J. RAINBAULT (*La Presse médicale*, 27 mars 1943).

Toute lièvre typhoïde se comporte comme une encéphalite à minima, en pratique on ne parle d'encéphalite typhoïdique que lorsque la richesse et l'intensité du syndrome signalent de façon particulièrement précise l'atteinte des centres cérébraux. De ces encéphalites typhoïdiques, il en est qui se caractérisent par l'importance de deux ordres de manifestations qui semblent évoluer de concert : troubles du tonus d'intensité variable (rigidité généralisée avec aspect de contraction active du muscle et persévérance des attitudes) et troubles de la conscience (stupeur) qui suivent une marche parallèle. L'encéphalite est due à l'imprégnation de l'encéphale par la toxine du bacille d'Eberth et il convient, après Reilly et Guy Tardieu, d'insister sur les importantes variations individuelles de réaction à la toxine. Toujours très graves, les formes psycho-hypertoniques paraissent justiciables de la sulfamidothérapie, bien que ce ne soit pas le cas de la fièvre typhoïde et que l'atteinte encéphalique soit d'origine toxique et non microbienne. Cela, soit par action directe du produit sur le microbe à une phase de l'évolution, soit par modification du terrain allergique cérébral vis-à-vis de l'antigène typhique. D'intéressants résultats ont déjà été signalés par cette médication à laquelle on devra associer des injections de gardénal et des injections fréquentes de doses importantes de strychnine.

René CHARPENTIER.

Aspects cliniques de l'encéphalite typhoïdique. Formes extra-pyramidales, par M. JANBON et J. CHAPTAL (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 5 février 1943, *Montpellier médical*, mai-juin 1943).

Réunissant sous le nom d'encéphalite typhoïdique les cas dans lesquels un syndrome neuro-méningé bien déterminé apparaît, au moins à une phase de l'évolution, comme la dominante clinique, MM. M. Janbon et J. Chaptal

dégagent d'abord d'un total de 450 observations de fièvre typhoïde les cas d'encéphalite à symptomatologie extra-pyramidale : 6 de formes hypertoniques sans mouvements involontaires, 3 de formes avec hypertonie et tremblement, 2 de formes choréo-athétosiques.

La symptomatologie de ces formes extra-pyramidales de l'encéphalite typhoïdique comprend essentiellement : l'hypertonie de type extra-pyramidal, des mouvements involontaires, divers symptômes associés tels que paralysies des paires crâniennes, troubles vaso-moteurs et sudoraux, tachycardie, polypnée, somnolence, délire, torpeur, troubles sphinctériens. Le liquide céphalo-rachidien est normal ou subnormal.

La fréquence de ces formes est plus grande chez l'enfant. Elles se manifestent, soit avant le 6^e jour, soit au début d'une reprise. Leur pronostic est redoutable : 9 décès sur 11 cas. Contrairement à ce que l'on observe dans la névrite épidémique, il n'a jamais été signalé de parkinsonisme évolutif et progressif à la suite de ces formes, mais dans un cas une raideur parkinsonienne paraissant définitive et, chez un enfant, la persistance de mouvements choréiques (Dufourt et Froment).

René CHARPENTIER.

Aspects cliniques de l'encéphalite typhoïdique. Formes psychosiques, par M. JANBON et J. CHAPTAL (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mai 1943. *Montpellier médical*, sept.-oct., 1943).

Sur 450 cas de fièvre typhoïde observés en dix ans, les auteurs relèvent 11 observations d'encéphalite psychosique (soit 2,5 pour 100). La plupart concernent des délires aigus ; un cas se présente comme une encéphalite azotémique (5 gr. 20 d'urée sanguine). On note un cas de suicide par pendaison et une tentative de suicide dans une forme anxieuse. Deux malades présentèrent un état durable de déficit mental. Il existait des altérations discrètes du liquide céphalo-rachidien et, dans cinq cas, des troubles neurologiques associés : signe de Babinski, mouvements choréoathétosiques, parésie faciale. Les auteurs notent la très forte prédominance d'adultes (dix cas entre 19 et 36 ans, pour un chez une fillette de 11 ans), et la fréquence plus grande dans le sexe féminin. Tous les faits relatés relèvent du bacille d'Eberth.

Le pronostic s'est avéré nettement moins sombre que celui des formes hypertoniques : 4 morts sur 11. Des séquelles ont été relevées dans trois cas : séquelles mentales, et neurologiques (démarche ébrieuse, parésie amyotrophique de la main).

R. C.

Aspects cliniques de l'encéphalite typhoïdique. Formes à expression méningée, par M. JANBON et J. CHAPTAL (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mai 1943. *Montpellier médical*, sept.-oct., 1943).

Ces faits se caractérisent cliniquement par un tableau méningé exclusif ou prédominant : le liquide céphalo-rachidien peut être normal, présenter une lymphocytose moyenne ou discrète, ou même une réaction puriforme ; mais il est toujours stérile, et le taux du glucose y est au moins normal. Les auteurs en rapportent quatorze cas (3,1 pour 100 de l'ensemble de leurs

observations de fièvre typhoïde) qui peuvent être ainsi classés : 1) *formes méningées pures* ; 2) *formes méningées avec troubles psychiques* ; 3) *formes à type de coma méningé* ; 4) *formes méningées avec signes neurologiques associés*. La plupart se sont comportés comme des formes précoces, entrant dans le cadre de l'ancien « méningo-typhus ».

Ces faits, tous dus au bacille d'Eberth, ont été observés avec une élection marquée dans la deuxième enfance : dix observations (sur 14), entre 7 et 14 ans, et plus souvent chez les garçons.

Le pronostic d'ensemble est favorable : treize guérisons. Cette donnée s'oppose à la notion classiquement admise de la signification fâcheuse, dans la fièvre typhoïde, de la contracture rachidienne. En réalité, un syndrome méningé, même avec réaction lymphocytaire (*aseptique*) ne doit pas être tenu en soi comme un élément de gravité ; ce qui conditionne cette dernière, ce sont les autres manifestations encéphalitiques (psychosiques, cérébelleuses, corticales, extrapyramidales surtout).

R. C.

Encéphalite typhoïdique extra-pyramidale. Etude clinique et histopathologique, par JANBON, J. CHAPTAL, P. CAZAL et J. ANDREANI (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

Si, depuis qu'Et. May et Kaplan ont en 1929 attiré l'attention sur le syndrome hypertonique de certains cas de fièvre typhoïde, les formes extrapyramidales de cette variété d'encéphalite infectieuse sont aujourd'hui bien individualisées, les vérifications nécropsiques en sont rares et le cas rapporté ici par les auteurs est, à ce point de vue, particulièrement intéressant.

Dans les premiers jours d'une fièvre typhoïde grave, avec éruption purpurique (très petites pétéchies) et foyer bronchopneumonique, un jeune homme de 17 ans présente un syndrome encéphalitique avec stupeur profonde, hypertonie extra-pyramidale généralisée, mais à prédominance hémiplegique gauche, mouvements involontaires (myoclonies hémifaciales droites, mouvements d'émiettement, hoquet). L'azotémie varia de 0,60 à 0 g. 95. A noter une légère polycythémie et l'absence de tout symptôme pyramidal. Liquide céphalo-rachidien normal. Après une amélioration passagère, la mort survint au 16^e jour par syncope bulbaire.

Les lésions prédominaient nettement dans les noyaux gris centraux, mais surtout dans le pallidum, le locus niger, et dans l'infundibulum (noyau central du tuber). Des altérations moins importantes existaient dans le cortex cérébral (insula), le cervelet et le bulbe. Les auteurs insistent sur la prédominance des lésions mésentymateuses : atteinte des espaces périvasculaires et surtout altérations inflammatoires diffuses, intenses de la microglie. Ils ont mis en évidence, dans le pallidum, l'existence probable d'hypergénèse de pigments mélaniques par les astrocytes, et la constatation indiscutable de phénomènes de libération de phagocytose et de transports pigmentaires.

Syndrome anatomo-clinique de diencéphalite à joindre aux observations de May et Kaplan, de Chavany, de Janbon et Chaptal et qui confirme cliniquement les recherches expérimentales de Reilly et Tardieu sur le rôle joué par le diencéphale dans la physiopathologie des troubles nerveux de l'infection typhoïdique, véritable « encéphalite à minima » selon l'expression de Chalier et Froment.

René CHARPENTIER.

Encéphalite paratyphoïdique à forme myoclonique, par G. GIRAUD et LANTHEAUME (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

MM. G. Giraud et Lantheaume attirent l'attention sur la fréquence inusitée des manifestations neurotropes observées depuis quelques mois au cours de l'évolution de nombreux cas de fièvre typhoïde. Ils rapportent une intéressante observation de forme myoclonique d'une encéphalite paratyphoïdique A. chez une femme de 38 ans.

Au 20^e jour de la maladie, d'évolution jusque-là classique, et alors que semblaient apparaître quelques signes d'amélioration, apparurent brusquement des myoclonies de la moitié droite de la face et du membre supérieur droit, d'une fréquence d'environ 70 à la minute, et disparaissant complètement pendant les courtes périodes de sommeil. Reprise progressive de l'hyperthermie avec accélération du pouls à 130-136. Cinq jours plus tard, des myoclonies s'installèrent dans la partie gauche du visage et au membre supérieur gauche. Accentuation de l'hypertonie généralisée sans aucun signe de la série pyramidale, sans symptômes méningés. Mort en état de collapsus vers le 35^e jour de la maladie, après apparition de phénomènes bulbares.

René CHARPENTIER.

Encéphalite tuberculeuse terminale de type inflammatoire au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë, par J. VIDAL, FOURCADE et M^{lle} GIRARD (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mai 1943). *Montpellier médical*, sept.-oct. 1943).

Les auteurs ont observé chez une malade atteinte d'épilepsie depuis l'adolescence un syndrome neurologique imprécis survenu en fin d'évolution d'une tuberculose pulmonaire aiguë. Le diagnostic de méningite tuberculeuse fut écarté par l'examen du liquide céphalo-rachidien ; l'étude histopathologique décéla des lésions d'encéphalite exsudative et dégénérative.

R. C.

Fréquence actuelle de la méningite tuberculeuse de l'enfant, par J. TROISIER et M^{me} LAMOTTE-BARRILLON (*La Presse médicale*, 9 octobre 1943).

Des statistiques établies par eux amènent les auteurs à conclure que le nombre des cas de méningite tuberculeuse dans la population infantile parisienne fut, de façon absolue, le même en 1941 qu'en 1938. Les circonstances étiopathogéniques qui ont entouré l'éclosion de la maladie sont les mêmes dans les deux années. Mais, le chiffre de la population infantile ayant été moindre en 1941 qu'en 1938, on constate cependant que, proportionnellement au chiffre de la population, le nombre des cas de méningite tuberculeuse chez l'enfant a augmenté de 15,7 0/0 dans la population ayant recours aux hôpitaux de Paris. M. J. Troisier et Mme Lamotte-Barrillon insistent sur la nécessité de l'éducation du public et des tuberculeux pour éviter, aux enfants en particulier, la contamination, origine de la méningite.

René CHARPENTIER.

Cinq cas d'encéphalite morbilleuse, par L. CHRISTIAENS et BALEZEUX (*Société de médecine du Nord*, séance du 29 janvier 1943).

Au cours d'une même épidémie observée en Périgord, on trouva en quelques semaines et dans un périmètre assez réduit, trois cas de formes apoplectiques avec deux morts et une guérison sans séquelles après deux jours de coma ; un cas de myélite transverse intense avec guérison sans séquelles ; un cas de forme psychosique (accès de manie et confusion mentale), compliquée d'une crise d'hypersialorrhée et terminée par guérison sans séquelles. L'action favorable du sérum de convalescent a paru nette dans deux cas. L'abcès de fixation n'a pas semblé inutile dans les cas heureux.

R. C.

Formes basses de la névrauxite post-morbilleuse : 1° paraplégie flasque curable ; 2° sciatique radiculaire aiguë, par M. JANBON, J. CHAPTAL, J. ANDREANI et H. LATOUR (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 2 juillet 1943. *Montpellier médical*, nov.-déc. 1943).

Si les complications névrauxiques de la rougeole peuvent être très diverses, les moins fréquentes sont assurément les formes basses. Les auteurs en rapportent deux observations.

Le premier cas concerne une myélite aiguë apparue, chez une fillette de 5 ans, au sixième jour de l'éruption : paraplégie flasque, troubles sphinctériens, syndrome méningé avec dissociation albumino-cytologique (1 g. d'albumine, 8 lymphocytes).

La seconde observation, plus exceptionnelle, chez un homme de 21 ans : au douzième jour de la rougeole, constatation d'une sciatique radiculaire bilatérale, extrêmement douloureuse, avec albuminose rachidienne à 0,50. Guérison complète des deux malades.

René CHARPENTIER.

Méningites morbilleuses épidémiques, par A. LEDOUX (de Besançon). (*Société de médecine de Nancy*, séance du 7 juillet 1943).

Epidémie de rougeole frappant deux villages voisins pendant l'hiver 1942-1943 : fréquence des réactions méningées à l'exclusion de toute autre complication. Dans 3 cas sur 100, méningite morbilleuse contrôlée par la ponction lombaire. Le tableau fut celui de la méningite lymphocytaire aiguë, mais avec une gravité exceptionnelle due au terrain rougeoleux.

R. C.

Méningite varicelleuse pre-éruptive, par DECONINCK (*Société médicale et anatomo-clinique de Lille*, séance du 7 juillet 1943).

Observation chez un enfant de 4 ans d'un cas de méningite trois jours avant une varicelle (syndrome méningé net avec altérations du liquide céphalo-rachidien, vomissements acétonémiques au décours de l'affection). La méningite varicelleuse est extrêmement rare et M. Deconinck établit un rapprochement avec la méningite zonateuse, beaucoup plus fréquente.

R. C.

A propos d'un cas d'encéphalomyélite vaccinale, par P. GIRAUD, R. BERNARD, M. SANSOT et P. MOUREN (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 8 janvier 1943).

Observation d'un enfant de six mois qui, 13 jours après une vaccination jennérienne, a présenté des convulsions oculaires et une paraplégie flasque avec troubles électriques, en même temps qu'un syndrome infectieux grave. Après sept mois d'évolution, persistent des séquelles amyotrophiques importantes des membres inférieurs.

Les auteurs insistent sur la rareté des cas de myélite vaccinale et sur la ressemblance avec une poliomyélite antérieure aiguë. Ils pensent que la diffusion des lésions produites peut s'expliquer ici par une fragilisation du système nerveux de l'enfant, hérédo-syphilitique très probable.

Ils terminent par l'indication de quelques précautions à prendre pour éviter de pareils accidents lors de la vaccination jennérienne.

R. C.

Hémi-chorée-athétose consécutive à une encéphalopathie post-vaccinale, par G. BOUDET, J. BALMES, R. SARRAN et H. SOUCHON (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 7 mai 1943. *Montpellier médical*, sept.-oct. 1943).

Première vaccination antivariolique à l'âge de 11 mois. Treize jours après, phénomène infectieux avec crises convulsives et apparition d'une hémiparésie avec contracture et tremblement. Quelque temps après, on constate l'existence d'un héli-syndrome choréo-athétosique persistant, sans trouble psychique.

R. C.

Dérèglement végétatif intense après méningite pneumococcique, par RISER, GAYRAL et RUFFIE (*La Presse médicale*, 17 juillet 1943).

On a rarement observé un cas aussi net que celui publié ici, de dérèglement considérable de la température, de la nutrition (faim, soif, poids) et de la pression artérielle, au décours d'une méningite pneumococcique, très rapidement rendue amicrobienne par la sulfamidothérapie : période de torpeur sans aucun signe en foyer pendant un mois, puis du 45^e au 65^e jour de la maladie, période de dérèglement végétatif intense avec soif ardente, primitive, polydipsie et polyurie, boulimie considérable, amaigrissement quotidien d'un kilogr., dérèglement thermique contrastant avec la stabilité du rythme cardiaque et du rythme respiratoire. Il ne semble pas y avoir eu d'abcès cérébral. En quelques jours, du 77^e au 80^e jour de la maladie, tout redevint normal.

Les auteurs considèrent comme étant seule en cause, dans cette intéressante observation, l'atteinte des centres végétatifs supérieurs par une lésion limitée d'encéphalite infectieuse.

René CHARPENTIER.

Nouvelles remarques sur les localisations nerveuses de la neurotoxine colibacillaire et sur leur fréquence. Myélite et encéphalite, par H. VINCENT (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 26 octobre 1943).

M. H. Vincent rappelle que le colibacille sécrète deux toxines distinctes, entérotope (entérotoxine ou toxine α) et neurotope (neurotoxine ou toxine β),

dont il a signalé les caractères entièrement distincts. La neurotoxine provoque des déterminations sur la moelle et sur l'encéphale. La myélite ascendante, très commune chez les lapins inoculés, est beaucoup plus rare chez l'homme, elle est mortelle et provoque des lésions considérables des cellules grises et de la substance blanche.

L'encéphalite s'observe beaucoup plus rarement chez les animaux. L'auteur rapporte plusieurs observations de troubles mentaux de types variés (parfois symptômes légers de neurasthénie, mais aussi troubles psychiques graves) survenus chez l'homme au cours d'infections colibacillaires et guéris après traitement sérothérapique énergique. Il attire l'attention sur la fréquence des états psychopathiques dus à la neurotoxine. Alors que les cellules médullaires sont profondément altérées, les cellules cérébrales sont simplement imprégnées par la neurotoxine mais d'une imprégnation très solide telle que les troubles psychiques déclenchés par l'intoxication colibacillaire peuvent se perpétuer avec la même intensité alors que l'infection bacillaire, locale ou générale, a entièrement disparu, et cela même dans les formes les moins graves. Les états morbides correspondants sont cependant susceptibles de disparaître sous l'influence de la sérothérapie antitoxique et antimicrobienne.

En raison de la fréquence de la colibacillose, il peut aussi arriver qu'elle ne soit qu'une simple coïncidence avec des troubles mentaux dus à une autre cause.

René CHARPENTIER.

Les origines de l'épilepsie, par M.-J. COMBY (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 16 juin 1942).

Contrairement à ce que soutenait Trousseau, M. Comby est d'avis que l'épilepsie essentielle n'est pas héréditaire. En étudiant les antécédents des épileptiques, on peut presque toujours faire la preuve que l'épilepsie est acquise, accidentelle : tantôt consécutive à un traumatisme obstétrical, tantôt séquelle d'un syndrome encéphalitique, etc. L'hérédité n'y jouant aucun rôle, la limitation des naissances n'est aucunement justifiée. Si l'épilepsie d'origine syphilitique est indéniable, elle est rare. Et M. Comby conclut que, dans l'immense majorité des cas, l'épilepsie n'est pas héréditaire, mais acquise, accidentelle, sans caractère familial.

R. C.

Contribution à la pathogénie de l'épilepsie, par RISER, GAYRAL, GÉRAUD et M^{lle} LAVIÉRY (de Toulouse). *La Presse médicale*, 12 déc. 1942).

Les auteurs apportent des constatations, anatomo-cliniques chez l'homme, et expérimentales chez le chien, qui tendent à diminuer le rôle du système pyramidal lors de la crise épileptique. En dépit de la destruction, expérimentale ou pathologique, de la corticalité motrice, les noyaux centraux étant respectés, ils ont pu observer des crises épileptiques spontanées ou provoquées. Chez le chien, ayant pratiqué la section élective des deux faisceaux pyramidaux à la face antérieure du bulbe, après trépanation de la lame basilaire, ils ont pu déterminer, à l'aide du cardiazol, des crises épileptiques avec éléments spasmodiques cloniques (surtout marqués et prolongés dans les muscles de la face).

R. C.

Le diagnostic de l'épilepsie par l'électro-encéphalographie, par A. BAUDOUIN (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 1^{er} juillet 1941).

Les manifestations électriques de l'épilepsie peuvent être « cliniques », ce sont celles qui s'associent aux crises paroxystiques de grand mal ou de petit mal, ou « infra-cliniques », survenant alors en période interéclaire alors que le sujet ne présente ni trouble subjectif, ni trouble objectif. Ces dernières offrent beaucoup plus de variété. Leur importance peut être grande pour le diagnostic d'épilepsie dans l'intervalle de crises alléguées.

Revenant sur cette question avec une technique perfectionnée, M. A. Baudouin apporte les intéressants résultats de plusieurs centaines d'examen électro-encéphalographiques de 74 épileptiques. Dans 75 0/0 des cas, le tracé fut positif. Il est à noter que la positivité de la formule électrique paraît s'atténuer avec l'âge mûr et disparaître chez le vieillard. Sur 50 sujets de moins de 35 ans, le tracé fut positif pour 42 d'entre eux. Après élimination de formes cliniques particulières, on arrive à 97,6 0/0 de résultats positifs. Dans ces conditions, un tracé négatif chez un sujet jeune est d'une très grande valeur pour éliminer le diagnostic d'épilepsie, réserves faites cependant pour les cas d'épilepsie traumatique, bravais-jacksonienne, etc., et les formes s'accompagnant de conservation de la connaissance.

Un tracé franchement positif recueilli à l'état infra-clinique ou un tracé typique recueilli pendant une crise de petit mal donnent la certitude absolue qu'il s'agit d'un sujet atteint de mal épileptique. Dans le petit mal, à l'état infra-clinique, les altérations du tracé sont moins marquées que dans le grand mal mais, chez tous les sujets jeunes ou adultes, elles furent constamment observées.

Deux cas d'épilepsie psychique ayant présenté des tracés négatifs, il y aura lieu de revenir sur cette question, qui demande à être approfondie et dont l'intérêt médico-légal n'a pas besoin d'être souligné.

René CHARPENTIER.

Epilepsie et signes pyramidaux déficitaires. Contribution au diagnostic positif de l'épilepsie, par J.-A. BARRÉ (*La Presse médicale*, 15 août 1942).

On sait l'importance et la difficulté du diagnostic ferme d'épilepsie en dehors des crises. M. Barré, dont on connaît les recherches sur le syndrome pyramidal déficitaire, considère comme acquise la possibilité de dépister, à l'aide des éléments de ce syndrome, l'existence de troubles pyramidaux chez les épileptiques. De nombreux examens, dont il rapporte des exemples démonstratifs, il conclut que chez des épileptiques avérés, les signes déficitaires se sont montrés positifs dans 65 0/0 des cas. Ces signes (manœuvre de la jambe, chute progressive du membre supérieur, écartement des doigts, modification des réflexes cutanés abdominaux) sont indépendants de la volonté du sujet et sont d'une recherche très facile. M. Barré indique les précautions techniques qu'il convient de prendre pour leur recherche systématique. Jointe aux particularités de la crise, la topographie de distribution de ces signes peut aussi permettre dans certains cas de situer approximativement le foyer épileptogène. Ce syndrome déficitaire dont les signes objectifs affectent divers groupements (brachio-facial, brachial, crural, cruro-

abdominal) se trouve isolé, à l'état pur, dans un grand nombre de cas. Sa recherche présente donc un grand intérêt, le signe de Babinski ne se trouvant qu'au moment des crises ou pendant quelques minutes après les crises.

René CHARPENTIER.

Utilisation de l'électro-choc dans le diagnostic positif de l'épilepsie, par PERRET et NESPOULOUS (de Toulouse). (*La Presse médicale*, 24 avril 1943).

Le Professeur Barré ayant fait remarquer que l'état de fatigue pouvait, chez les épileptiques, faire apparaître les signes d'un syndrome pyramidal déficitaire inapparent au repos, MM. Perret et Nespoulous ont examiné, au moment du réveil après électro-choc, des épileptiques chez lesquels les manœuvres de Barré avait été antérieurement négatives. Dans 14 cas sur 15 l'électro-choc fut suivi de l'apparition de réponses positives, tandis que sur 17 sujets ne présentant pas de manifestations comitiales, dans un seul cas la manœuvre de la jambe fut positive. Les auteurs concluent que l'électro-choc, en permettant de déclencher les signes du syndrome pyramidal déficitaire, apporte une utile contribution au diagnostic de l'épilepsie.

R. C.

Quelques examens du fond d'œil au cours des crises épileptiques provoquées par le cardiazol : absence de modification appréciable de la vascularisation rétinienne, par J. EUZIERE, H. VIALLEFONT et CAZAL (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, section de médecine et de biologie, séance du 5 juin 1942. *Montpellier médical*, sept.-oct. 1943).

Aucune modification des vaisseaux rétiens n'a été constatée ni pendant ni après la crise cardiazolique. Ce fait confirme les constatations expérimentales de Riser et de ses élèves (pas de modification des vaisseaux corticaux au cours de la crise) et, au moins pour les crises obtenues par le cardiazol, infirme la théorie vasculaire des crises d'épilepsie.

R. C.

A propos des relations de l'acné et de la séborrhée avec l'épilepsie, par Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET (*La Presse médicale*, 1^{er} mai 1943).

MM. Ph. Pagniez et A. Plichet attirent l'attention sur le fait que les accidents cutanés observés chez les épileptiques et attribués naguère au traitement bromuré sont également fréquents chez les épileptiques jeunes traités par les méthodes actuelles et n'ayant jamais pris de bromure. Les états aenétiques et séborrhéiques sont particulièrement fréquents dans les épilepsies de la puberté.

Examinant les diverses hypothèses qui pourraient expliquer cette fréquence, et rappelant en particulier l'augmentation importante de la sécrétion sébacée chez les parkinsoniens, son augmentation unilatérale dans le syndrome thalamique, dans des cas de paralysie faciale ou après ablation de ganglions sympathiques, etc., MM. Ph. Pagniez et A. Plichet montrent que des modifications considérables de la sécrétion sébacée sont dues à des lésions du système nerveux extra-pyramidal, à des altérations des noyaux gris centraux et concluent que l'action du système nerveux sur la

secrétion sébacée est l'explication la plus vraisemblable de l'acné et de la séborrhée des épileptiques. Ils estiment que cette question appelle de nouvelles constatations afin de rechercher si ces troubles cutanés ne sont pas particuliers à certaines variétés d'épilepsie. L'acné et la séborrhée pourraient peut-être alors avoir une valeur localisatrice du siège de la lésion épileptogène.

René CHARPENTIER.

Image radiologique pulmonaire fugace au cours de l'épilepsie, par A. BRETON et M. FONTAN (*Société de médecine du Nord*, séance du 23 octobre 1942).

MM. A. Breton et M. Fontan ont relevé, au cours de l'examen complet d'un mal comitial essentiel, une image semis granulique avec accentuation de la trame pulmonaire, strictement unilatérale, dans la région sous-claviculaire droite. Il ne coexistait aucun signe de tuberculose pulmonaire, aucune modification de la formule sanguine, et des infiltrations stellaires répétées furent sans effet immédiat. Au treizième jour, la radiographie était redevenue normale. Les auteurs rattachent l'anomalie radiographique à un bronchospasme localisé des petites extrémités bronchiques avec exsudation locale par troubles neuro-végétatifs.

R. C.

Accidents nerveux spontanés au cours d'une pleurésie, par R. CACHERA et G. SCHERRER (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 15 octobre 1943).

Observation qui pose avec netteté le problème de l'éclosion spontanée d'accidents nerveux au cours des pleurésies. Jeune femme de 23 ans, sans aucun passé pathologique, atteinte d'une pleurésie séro-fibrineuse droite. Au début, en l'absence de toute ponction, éclatent des accidents nerveux : état de mal épileptique avec crises localisées à la face ; perte de connaissance ; installation d'une hémiparésie droite organique et d'une aphasie du type anarthrique. L'hémiparésie régresse en un mois environ, la dysarthrie plus lentement.

L'existence de troubles systématisés impliquant une altération vasculaire du cerveau, l'impossibilité d'assigner une autre cause plausible à cette lésion, l'analogie avec quelques rares observations du même ordre, la parenté entre ces accidents nerveux et la mort subite, également spontanée, qui peut reconnaître une origine nerveuse centrale chez les pleurétiques, conduisent à admettre qu'il n'y a pas en dans ce cas une simple concordance dans le temps, et que l'atteinte de la plèvre a été la cause des phénomènes nerveux. La pathogénie de ces accidents nerveux au cours des pleurésies demeure incertaine. Deux éventualités : embolie cérébrale par thrombus détaché du cœur gauche ou des veines pulmonaires, ou réflexe pleural. Les constatations nécropsiques appuient tantôt l'une, tantôt l'autre hypothèse. Dans le cas particulier, en l'absence de données anatomiques, il paraît impossible de conclure.

R. C.

Crises épileptiques et crises diencéphaliques pubérales, par J.-A. BARRÉ
(*Société des sciences médicales de Clermont-Ferrand*, séance du 28 mars 1943).

Laissant de côté les crises épileptiques révélées par la puberté mais préparées déjà par des convulsions antérieures, et les crises antépubérales modifiées par la puberté, M. J.-A. Barré expose les caractères des crises épileptiques pubérales proprement dites qui naissent avec la puberté et disparaissent avec elle. Ces crises sont nocturnes, le plus souvent violentes, hyperthermiques, suivies de somnolence et d'hyperthermie prolongée et de divers troubles de l'intelligence et du caractère. Elles coïncident souvent avec les premières règles. Elles sont dues à la congestion pubérale du diencéphale. Elles s'espacent rapidement et disparaissent bientôt, pour toujours le plus souvent. L'usage des vaso-constricteurs, celui de la radiothérapie ainsi que le gardénal, sont très utiles. Le pronostic de cette épilepsie pubérale est bon et tout à fait différent de celui de l'épilepsie banale. L'auteur a observé aussi, à la puberté, des crises diencéphaliques typiques, telles que Penfield, Brousseau et d'autres les ont décrites. Elles ont en général le même bon pronostic.

R. C.

Trois observations de crises pseudo-syncopales ou cataplectiques d'origine névropathique chez des enfants de 2 à 5 ans, par Cl. LAUNAY et M^{me} BOREL-MAISONNY (*Société de pédiatrie*, séance du 30 mars 1943).

A propos de ces trois observations, les auteurs insistent sur les circonstances psychologiques (émotions, chocs affectifs) auxquelles ces crises succèdent, sur leur caractère clinique (début soudain, perte de conscience habituelle, absence d'agitation et de tout mouvement, absence d'obnubilation ultérieure, disparition totale et définitive des crises, sans séquelles) et sur l'importance du diagnostic avec l'épilepsie.

Deux de ces enfants vus à la puberté n'ont plus eu de crises semblables depuis l'âge de 5 ans et se sont révélés par la suite comme des sujets émotifs, capricieux et de caractère difficile. Sans doute, un tempérament caractériel particulier est-il essentiellement à l'origine de ces crises auquel une éducation déficiente venait, dans les cas observés, ajouter ses effets.

R. C.

Sur un cas de catalepsie, par DROUET et J. GIRARD (*Société de médecine de Nancy*, séance du 24 février 1943).

Observation d'une malade apportée à l'hôpital dans le coma et trouvée dans un car venant du nord du département. Il s'agit d'un coma hystérique avec catalepsie qui guérit en trois jours. D'après les renseignements de la famille, cette jeune fille subit en 1940 une forte commotion cérébrale par suite de l'explosion d'une bombe d'avion. Depuis, chaque fois qu'elle entend un avion, elle tombe immédiatement dans un état analogue et plus ou moins prolongé. Un avion avait survolé le car qui l'amenait à Nancy. Les auteurs discutent l'interprétation à donner à ce phénomène, qu'ils rattachent à un réflexe conditionné.

R. C.

Un « enfant du radium ». Nanisme et microcéphalie à la suite d'une curiethérapie intracervicale pratiquée au troisième mois de la grossesse, par LAMY et M^{lle} JAMET (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 janvier 1943).

Présentation d'une fillette de 26 mois, née un mois avant terme, qui a de la microcéphalie, du nanisme et un retard considérable du développement somatique, moteur et psychique, un léger strabisme et du nystagmus dans les positions extrêmes du regard. La mère avait subi au troisième mois de la grossesse des applications intracervicales de radium pour une lésion du col prise à tort pour une dégénérescence maligne. Cette observation, qui montre bien l'influence nocive du radium appliqué avant le quatrième mois de la grossesse, apporte un élément nouveau à l'étiologie des retards moteurs et psychiques.

René CHARPENTIER.

Etude psychologique et motrice de jumeaux monozygotes en miroir, par R. TURPIN, M^{lle} M. TISSERAND et R. ZAZZO (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 8 juin 1943).

Les études gémellaires mettent parfois en valeur de curieuses dispositions en miroir. Étudiées surtout chez les monozygotes, ces dispositions spécifiques portent non seulement sur des caractères apparents, mais sur des particularités internes (topographie vasculaire, diaphragmatique, etc.). Bouterwek ayant émis l'hypothèse, dans ce cas, d'un miroir psychique, complémentaire, en rapport avec une inversion des hémisphères cérébraux, les auteurs ont étudié à ce point de vue deux couples de jumeaux monozygotes en miroir. Après avoir examiné successivement les aptitudes motrices [dominance latérale, développement moteur (tests d'Ozeretski)], les aptitudes mentales (fiche scolaire d'intelligence de H. Piéron, tests de Binet-Simon et Grace Arthur, tests analytiques, mémoire, test de barrage) et le caractère (test de Rorschach, questionnaire Woodworth-Mathews, adaptation Henry-Courthial), ils arrivent aux conclusions suivantes.

L'étude des aptitudes motrices montre un miroir fonctionnel complémentaire du miroir physique sans que cette inversion de la dominance réalise toutefois nécessairement une étroite symétrie dextralité-sénéstralité. L'effet de miroir est masqué par l'éducation droitière.

L'étude des aptitudes mentales montre que l'efficacité intellectuelle, la mémoire aussi, sont à peu près identiques, tandis que l'étude du caractère révèle, sur un fond commun d'instabilité, de notables dissemblances que les auteurs rapportent à la contrainte éprouvée par le gaucher pour s'adapter à un milieu fait pour le droitier, contrainte dont la contrariété retentit inévitablement sur le caractère. (Leur dominance latérale est, en effet, inversée).

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL aura lieu le *lundi 24 avril 1944*, à 10 heures *très précises*, au Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Médecine.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mai 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai aura lieu le *lundi 22 mai 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 juin 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin aura lieu le *lundi 26 juin 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 10 juillet 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix proposés pour l'année 1945

En dépit du peu de place dont nous disposons actuellement, mais à cause des difficultés particulières du moment, nous croyons être utile aux auteurs de travaux neuro-psychiatriques en leur signalant quelques-uns des prix que l'Académie de Médecine aura à décerner en 1945 (1).

(1) On trouvera la liste complète de ces prix et de plus amples renseignements dans le *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 107^e année, tome 127, n^{os} 39 et 40 (Masson et C^{ie} édit., Paris, 1943).

Sont indiqués ci-dessous, en plus des prix spécialement destinés à récompenser des travaux de psychiatrie ou de neurologie, les prix dont les conditions n'excluent pas la présentation d'un travail de neuro-psychiatrie.

Prix de l'Académie. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.000 fr.). — Question posée : « *L'électro-choc* ».

Prix Alvarenga de Piahy (Brésil). — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.200 francs). — Au meilleur mémoire, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.000 francs). — Au meilleur ouvrage fait dans l'année sur l'électrothérapie.

Prix Bouchet-Renault. — Anonymat facultatif, partage autorisé. — (5.000 francs). — Destiné à récompenser le dévouement féminin aux malades.

Prix du Dr Burgkly. — Anonymat facultatif. — (900 francs). — Destiné à récompenser les meilleurs travaux sur l'histoire de la médecine.

Prix Civrieux. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.000 francs). — Question posée : « *Influence des émotions de guerre sur les dystonies neuro-végétatives et leurs conséquences.* »

Prix Clarens. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (500 francs). — A l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène.

Prix du Dr Dragovitch. — Partage autorisé. — (2.500 francs). — A un ouvrage écrit en français sur les maladies de la nutrition et des voies digestives.

Prix de Mme Dragovitch. — Partage autorisé. — (2.000 francs). — Destiné à récompenser un travail sur les maladies mentales.

Prix Falret. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.500 francs). — Question posée : « *Emotion de guerre et état mélancolique* ».

Prix Gaston Fournier. — Partage autorisé. — (5.000 francs). — Au meilleur ouvrage sur la médecine du travail.

Prix Jacques Guérétin. — Anonymat facultatif, partage autorisé. — (1.500 francs). — Les travaux ne devront s'appuyer que sur des observations puisées dans la clinique humaine, sans aucune vivisection ou expérience sur les animaux.

Prix du Dr Paul Guillaumet. — Anonymat interdit, partage interdit. — (1.500 francs). — Au meilleur travail relatif à l'hygiène de l'enfance.

Prix Catherine Hadot. — Partage autorisé. — (3.600 francs). — Au meilleur des ouvrages français sur les maladies ci-après et leur traitement ou guérison (...épilepsie...).

Prix Théodore Herpin (de Genève). — Anonymat facultatif, partage interdit. — (3.000 francs). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Henri Huchard. — De dévouement médical. — Anonymat interdit, partage autorisé. — (8.000 francs). — A une ou des personnes de nationalité française, appartenant de préférence au corps médical, s'étant distinguées par leur dévouement aux malades ou à la science médicale.

Prix Hard. — Travaux imprimés, partage interdit. — (2.400 francs). — Au

meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, ayant au moins deux ans de publication.

Prix Jansen. — Dix parts de 10.000 francs, destinées à encourager, faciliter et récompenser des travaux scientifiques d'intérêt médical.

Prix du Baron Larrey. — Anonymat facultatif, partage autorisé. — (3.000 francs). — A l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Henri Lorquet. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (400 fr.). — A l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Magnan. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (3.500 francs). — Question posée : « *Suite lointaine des émotions de guerre* ».

Prix de Martignoni. — Partage autorisé. — (3.000 francs). — A récompenser des travaux portant sur l'histoire de la médecine.

Prix Mège. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.500 francs). — Question posée : « *Les accidents déterminés par l'électrocution* ».

Prix Pannetier. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (4.000 francs). — A l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirurgie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes.

Prix Perron. — Anonymat facultatif, partage autorisé. — (4.000 francs). — A l'auteur du mémoire le plus utile au progrès de la médecine.

Prix Jean Reynal. — Anonymat facultatif, partage interdit. — (1.500 fr.). — A une question d'hygiène publique ou de police sanitaire vétérinaire.

Prix Philippe Ricord. — Travaux imprimés, partage interdit. — (800 fr.). — Au meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Prix Roussilhe. — Anonymat interdit, partage autorisé. — Deux prix de 10.000 francs, dont l'un pour les meilleurs travaux sur les maladies vénériennes.

Prix Marc Sée. — Travaux imprimés, partage interdit. — (1.600 francs). — A l'auteur français du meilleur travail concernant l'anatomie et la physiologie de l'homme, publié dans les quatre dernières années et non récompensé antérieurement par l'Académie de médecine ou par l'Institut.

Prix Vernois. — Anonymat facultatif, partage autorisé. — (800 francs). — Attribué au meilleur travail sur l'hygiène.

Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au Secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, en double exemplaire, avant le 1^{er} mars de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés. Les concours pour les prix indiqués ci-dessus seront clos fin février 1945.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 68.596. — 1944

C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : 11-1944. — U.O. 4212-6-5-44

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

PHYSIOLOGIE DE L'ADRESSE (1)

PAR

PAUL GOSSA



Un geste est adroit quand il réalise une certaine perfection dans la prestesse, l'arrondi, la précision et le résultat. Mais un geste n'est qu'un mouvement (ou une série de mouvements) adapté à un but. Il est impossible d'exposer clairement la physiologie de l'adresse sans rappeler, au moins sommairement, la physiologie des mouvements.

I. — LE MOUVEMENT ÉLÉMENTAIRE. VARIÉTÉ ET COMPLEXITÉ

1° *Variété*. — Si l'on veut avoir une idée de la variété des mouvements élémentaires, il suffit de considérer dans quelles conditions diverses un même muscle, le quadriceps crural (le muscle situé à la face antérieure de la cuisse et qui étend la jambe sur la cuisse), est appelé à se contracter :

1) extension brusque de la jambe quand on percuté le tendon rotulien (réflexe élémentaire) ;

(1) Leçon faite en 1942 à une réunion de chefs de groupements de jeunesse et de conseillers d'orientation technique.

2) soulèvement du pied qui est piqué par un insecte (réflexe surélémentaire) ;

3) extension de la jambe dans un temps de la marche (motilité automatique) ;

4) balancement de la jambe quand on marche à cloche-pied sur le membre opposé (motilité associée) ;

5) extension volontaire de la jambe quand par exemple on veut, délibérément, soulever un objet avec le pied (motilité volontaire).

Dans tous ces cas, le mouvement tend à déplacer un segment de membre, la jambe : il appartient à ce type de motilité que l'on appelle « motilité cinétique ». Mais il est une autre variété, très différente, d'activité musculaire. C'est celle qui intervient quand il s'agit non plus de déplacer un segment de membre, mais de maintenir une attitude, par exemple la station debout. Le même muscle quadriceps crural soutient alors une contraction continue pour maintenir la jambe en rectitude. C'est ce que l'on appelle la « motilité statique ».

2° *Premier élément de complexité : multiplicité des appareils supérieurs d'incitation ; communauté de l'appareil périphérique d'exécution.* — Dans toutes ces variétés de mouvements, l'appareil qui exécute le mouvement est le même : c'est l'appareil moteur périphérique, composé d'un groupe de cellules motrices de la moelle, de leurs fibres et des fibres musculaires auxquelles elles aboutissent. Mais cet appareil commun d'exécution est mis en branle par des appareils supérieurs d'incitation motrice qui, eux, varient totalement suivant le mouvement considéré : l'arc contenu dans un segment de moelle épinière pour le réflexe élémentaire ; les arcs de plusieurs segments pour le réflexe surélémentaire ; le couple thalamus-corps strié pour les mouvements automatiques et associés ; l'écorce cérébrale rolandique pour les mouvements volontaires ; le système mésencéphalique antigravifique pour la motilité statique. Un même domestique exécute les ordres de plusieurs maîtres.

3° *Deuxième élément de complexité : clonus et tonus.* — L'enregistrement électrique de la contraction musculaire nous montre que le muscle squelettique, le muscle strié, peut se contracter de deux manières très différentes : brutalement et rapidement en se raccourcissant ; lentement et de façon durable en augmentant sa tension intérieure sans se raccourcir. Le premier type est la contraction clonique ; le second, la contraction tonique.

Rapprochant cette dualité de contraction des deux types de motilité, on serait tenté de penser que la contraction clonique réalise la motilité cinétique, la contracture tonique se chargeant de la motilité statique. Il n'en est rien, et le problème est beaucoup plus complexe : décomposé par l'enregistrement, le mouvement cinétique apparaît constitué d'une série de secousses brèves — contractions cloniques — entretenues et prolongées par une contraction lente du type tonique. Le maintien d'une attitude comporte, d'autre part, à côté d'une contraction continue du type tonique, des mouvements correctifs brusques du type contraction clonique. Les deux grands types de motilité, statique et cinétique, emploient donc chacun les deux types de contraction musculaire, clonique ou tonique. C'est que déterminer le fonctionnement du muscle strié sous une forme tonique ou clonique est l'affaire du neurone moteur périphérique (moelle) au lieu qu'utiliser ces deux modes de contraction pour des fins statiques ou des fins cinétiques est l'affaire des centres supérieurs d'incitation.

4° *Troisième élément de complexité : la régulation nécessaire.* — Aucun centre ne fonctionne isolément : en même temps que le muscle principal (agoniste), d'autres muscles dont l'action est parallèle se contractent aussi (synergiques) ; d'autres, dont l'action est contraire, se relâchent (antagonistes) ; d'autres enfin se contractent toniquement pour fixer l'attitude nécessaire au mouvement (motilité de soutien : par exemple fixer le bras en bonne position quand nous faisons quelque chose avec la main). Une harmonie est nécessaire dans le jeu de ces différents muscles, et plus particulièrement dans l'association des activités cloniques et des activités toniques, harmonie dans le temps et dans l'espace : cette harmonie est réalisée par un appareil spécial, dont la pièce essentielle est le cervelet.

5° *Quatrième élément de complexité : rôle de la sensibilité dans la régulation.* — Cette régulation ne peut se faire si les centres nerveux ne sont pas avertis de la place des segments de membre au départ, puis au cours de chacune des phases du mouvement. C'est la confluence aux centres, et notamment au cervelet, de faisceaux sensitifs venus de tous les muscles, os et articulations, de la plante de pieds, des labyrinthes (organes périphériques de l'équilibre) et même des yeux qui permet ce résultat.

6° *Cinquième élément de complexité : l'incitation affective.* — L'appareil moteur n'est pas isolé. Toujours, ce qui le met en

marcbe est extérieur à lui : excitation sensitive directe venue du monde extérieur dans le cas de motilité réflexe ou automatique, volition dans le cas de motilité absolument volontaire et consciente. Mais toujours cette incitation sensitive ou volitionnelle est chargée d'un élément affectif ; elle ne peut aboutir au mouvement qu'à ce prix : la représentation du mouvement ne suffirait pas à provoquer le mouvement volontaire s'il n'intervenait pas ce quelque chose d'affectif qu'est la volonté ; le choc du tendon rotulien ou la piqure de la plante ne provoqueraient pas le réflexe si la sensation produite n'était pas chargée d'un élément affectif désagréable.

II. — LE GESTE ET L'ADRESSE. DÉFINITIONS PHYSIOLOGIQUES

Le geste, avons-nous dit, est un mouvement adapté, soumis à un but. Ce but peut être symbolique : gestes symboliques qui sont soit innés (peur, adversation, fuite, copulation), soit acquis (par ex. les divers modes de salut, le signe de la croix).

Ce but peut viser à une création : gestes appliqués à un objet, ce qui comprend tous les gestes de métier.

Un trouble pathologique curieux et assez rare, l'apraxie, a permis de localiser les lésions qui détruisent la possibilité d'utiliser des mouvements en gestes. Apraxie idéatoire ou perte des mouvements adaptés à un but ; apraxie idéomotrice ou perte des mouvements symboliques. Ces lésions sont toutes situées dans l'écorce cérébrale ou dans les faisceaux unissant entre elles les écorces des deux hémisphères (corps calleux). Aussi pourrait-on supposer que les gestes relèvent dans leur totalité de la motilité volontaire, corticale. Ce n'est pas exact : les lésions de l'apraxie ne font jamais disparaître les gestes symboliques innés (adversation, peur, etc.) ; l'apraxique idéomoteur ne sait certes plus faire spontanément le signe de la croix ou le salut militaire mais il répète correctement ces signes quand on les fait devant lui. En effet, ce qu'a perdu l'apraxique, ce n'est ni la possibilité d'exécuter les mouvements élémentaires, ni celle de les enchaîner en mouvements complexes ; ce qu'il a perdu, c'est la notion de la valeur du geste, de sa fin : il sait mettre la main à la tempe, mais il ne sait plus que ce mouvement constitue le salut militaire ; il sait tourner un commutateur entre ses doigts, mais il ne sait plus (et n'apprendra plus) que ce geste interrompt la lumière électrique ; aussi, placé devant un interrupteur et ayant reçu l'ordre d'éteindre la lumière, tâtonne-t-il sans parvenir à rien.

Ce qui est cortical, dans le geste, c'est donc son déclenchement d'abord (lequel suppose consciente la notion du but du geste), ce sont ensuite les corrections apportées à l'exécution d'un geste complexe, lorsque les événements extérieurs viennent en contrarier le déroulement. Le reste, l'exécution stéréotypée des mouvements élémentaires dont la réunion constitue le geste, leur liaison, leur association, tout cela est automatique ; la conscience n'a pas besoin d'y intervenir ; les centres sous-corticaux suffisent à en assurer le déroulement.

Mais ceci n'est vrai d'un geste quelconque qu'à partir du moment où l'apprentissage en est terminé. Au début, quand nous faisons pour la première fois le salut militaire, tout y est motilité volontaire : non seulement nous savons la signification de ce geste, mais nous avons la notion consciente et claire des différents mouvements à effectuer, nous les réalisons un à un, en les décomposant plus ou moins. A mesure que nous répétons ce salut, son exécution devient machinale. Son incitation même finit par devenir automatique. Combien de soldats, rendus à la vie civile, se surprennent à saluer encore militairement les gradés qu'ils rencontrent dans la rue ?

Or, la répétition tend à rendre le geste plus adroit, plus facile, plus efficace. On différencie aisément la solennité gourde du salut d'un bleu de la désinvolture élégante du salut d'un ancien ; le rendement au tour d'un apprenti ne saurait se comparer à celui d'un ouvrier chevronné. Au terme de la répétition, de l'apprentissage d'un geste se trouvent donc ces deux qualités : qu'il est devenu inconscient, dans son déroulement sinon dans son incitation, et qu'il atteint à cette perfection dans la précision, la prestesse, l'arrondi, le rendement qui constitue l'adresse.

Ces deux qualités, adresse et inconscience, du moins relative, semblent ainsi étroitement liées ; un geste ne peut être véritablement adroit que s'il est pour une grande part automatique : ne sait-on pas qu'un couvreur se promène sur les toits les plus inclinés sans tomber tant qu'il ne pense pas au danger mais qu'il choit lorsque la conscience de celui-ci rend sa marche plus précautionneuse ?

Ce qui fait qu'un homme est plus adroit qu'un autre, ce qui fait qu'il atteint plus facilement et vite à la relative perfection des gestes, c'est qu'il est davantage apte à « automatiser » ceux-ci. L'adresse peut ainsi se définir l'aptitude à « automatiser » les gestes, à les faire passer du domaine de la motilité volontaire et consciente dans le monde des réflexes conditionnels d'abord,

et même, pour certains, dans le jeu de la motilité totalement automatique. Cette évolution suppose un passage parallèle d'un système incitomoteur à un autre, hiérarchiquement moins haut placé : en l'espèce du cortex au couple thalamo-strié.

III. — L'ADRESSE. SES ÉLÉMENTS

Le très aride exposé physiologique qui précède montre la complexité du problème de l'adresse. Nous pouvons maintenant analyser les nombreux éléments qui concourent à la bonne exécution du geste.

1° *Première condition.* — L'intégrité anatomique des différents systèmes moteurs. Du cortex pariétal gauche à la moelle et au muscle, tout ce qui concourt à l'exécution du mouvement doit être intact ; ne peuvent exécuter des gestes avec adresse l'apraxique (nous avons vu pourquoi plus haut) ; le pyramidal, parce qu'il est paralytique et contracturé ; le parkinsonien, parce qu'il est akinétique et contracturé ; le choréique et l'athétosique, parce qu'il est encombré de mouvements parasites ; le cérébelleux parce qu'il est incapable de coordonner les mouvements dans le temps et l'espace et d'assurer la synergie entre agonistes et antagonistes ; le trembleur, parce qu'il n'assure pas davantage la synergie entre les contractions toniques et les contractions cloniques ; l'anesthésique, l'astéréognosique, le labyrinthique ou le malvoyant (1) parce qu'ils n'apportent pas les données sensibles nécessaires ; le myopathe ou le myotrophique, parce que l'instrument d'exécution fait défaut. Ce sont là, au surplus, des déficiences tellement graves, majeures, que le conseiller d'orientation professionnelle n'a pas la plupart du temps à en tenir compte : ces infirmes ou malades ne vont pas jusqu'à lui.

2° *Deuxième condition* : bonnes aptitudes motrices, c'est-à-dire bonne valeur fonctionnelle des systèmes moteurs d'incitation ou d'exécution. Il est d'autres sujets, incurablement maladroits, parce que leurs appareils moteurs, anatomiquement indemnes, sont d'une qualité insuffisante. A examiner ces sujets, on observe divers types de maladresse :

1) *Insuffisance musculaire* : pour être adroit, il faut être à l'aise avec le poids, et un horloger, apte à une précision extrême

(1) Il est superflu de relever que les défaillances sensorielles sont beaucoup moins graves que les autres, un sens pouvant être suppléé par d'autres : l'adresse de l'aveugle.

de ses doigts, pourra être fort maladroit si on lui donne à conduire une machine-outil exigeant une force musculaire de terrassier. Les raideurs articulaires, les douleurs articulaires ou musculaires créent pareillement la maladresse, encore que des compensations soient possibles dans ce domaine de l'exécution (Wallon).

2) *La paratonie globale* : Dupré a décrit la fréquence, chez les débiles mentaux, d'une véritable débilité motrice, la paratonie. Il semble que ce trouble soit lié à une décontraction insuffisamment rapide des muscles antagonistes. Il empêche l'arrondi, la souplesse et la continuité du mouvement.

3) *Les paratonies limitées* : il est des gens maladroits pour les seuls mouvements de finesse : paratonie limitée aux mouvements des extrémités, notamment des doigts ; comme ceux-ci dépendent surtout du système pyramidal, on pourrait dire paratonie pyramidale. D'autres sujets, adroits de leurs mains, ne savent pas se servir habilement de leurs bras ou de leurs membres inférieurs : paratonie des grosses articulations, paratonie extra-pyramidale.

4) *Les constitutions motrices* : apportant à ces distinctions une précision peut-être excessive, Marinesco, Sager et Kreindler ont décrit des constitutions motrices différentes suivant que les différents systèmes moteurs d'incitation et de régulation d'un même individu atteindraient, les uns par rapport aux autres, un développement harmoniquement proportionnel (sujets adroits) ou que l'un de ces systèmes l'emporterait sur les autres (sujets maladroits).

3° *Troisième condition : bonnes aptitudes psychomotrices*. On décrit sous ce nom toute une série de qualités : vitesse de réaction sensorielle (notamment visuelles) et motrice ; vitesse de mise en train ; rapidité du mouvement ; régularité ; souplesse ; arrondi ; bonne coordination entre deux mouvements simultanés, et notamment aptitude à réaliser des gestes dissymétriques ; maintien du geste et résistance suffisante à la fatigue psychomotrice. Ces qualités sont évidemment impossibles à acquérir sans les aptitudes motrices pures que nous venons de décrire ; mais elles ne peuvent, ni les unes ni les autres, exister à un degré suffisant sans éducation préalable. C'est l'apprentissage qui les développe. Elles se résument dans cette aptitude à faire passer le geste du volontaire à l'automatique, dans cette aptitude à l'automatisme gestuel dont nous avons vu plus haut toute l'importance.

Cette aptitude est certainement en partie constitutionnelle, elle

varie grandement d'un sujet à l'autre : l'école réflexologique a constaté ces différences même chez le chien, et nous connaissons tous des hommes qui n'ont jamais pu apprendre à monter à bicyclette. Mais l'acharnement ou l'intelligence arrivent à compenser en partie ces inégalités et à vaincre certaines maladrotesse foncières. Nous connaissons de bons chirurgiens qui étaient, à l'origine, de grands maladroits.

Cette aptitude varie d'autre part, chez un même individu, suivant l'âge : très grande dans l'enfance et l'adolescence, elle diminue à partir de la 25^e année pour devenir nulle entre 55 et 60 ans. Il est imprudent d'apprendre à conduire une auto passé cet âge.

4° *Quatrième condition : aptitudes psychologiques suffisantes.* Si stéréotypés que puissent être les gestes de certains métiers (le travail à la chaîne) le manouvrier n'est jamais complètement une machine. Il demeure un homme. Sa valeur intellectuelle globale ne peut pas ne pas retentir sur la qualité de son travail.

1) *Au cours de l'éducation*, d'abord, la première condition est que l'apprenti soit assez « ouvert » pour comprendre la nécessité de cet apprentissage ; que son intelligence soit suffisante pour comprendre ce qui lui est demandé ; que son attention, son assiduité, sa ténacité soient également suffisantes : l'apprenti qui « s'en f... » ne fera jamais un compagnon qualifié.

Mais surtout, le rôle de l'affectivité est capital, soit qu'elle aide : stimulation interne qui constitue le désir d'arriver ; stimulation externe ou émulation entre camarades, — soit qu'elle inhibe : l'émotion-choc paralyse, rend intellectuellement confus et manuellement maladroit ; tous ceux qui ont oul passé des concours le savent. Un sujet trop suggestible arrive difficilement à la sûreté de soi, dans le métier comme dans la vie courante. En particulier, on ne saurait trop insister sur l'importance des premiers résultats : suivant le caractère, un premier échec stimule ou fait perdre confiance, réalisant un complexe d'infériorité.

2) Dans la vie professionnelle, l'intelligence intervient à tous les instants ; un minimum est nécessaire pour faire un bon ouvrier :

a) d'abord assez d'imagination et de jugement pour comprendre ce qu'il faut faire : le « métallo » inintelligent mais adroit ne dépassera pas le stade de l'ouvrier à la chaîne ; il sera incapable de faire un melleur au point ou un tourneur de précision ;

b) ensuite pour savoir choisir le meilleur geste : suivant sa

place, un boulon doit être attaqué à la clé coudée ou à la clé droite. « Savoir s'y prendre » nécessite une sorte d'instinct, pas mal d'imagination et de jugement, enfin une bonne mémoire du geste de manière à employer instinctivement le geste utile, sans avoir à réfléchir et expliciter : « dans tel cas c'est tel geste qui est le plus efficace, le plus économique des forces ». Tous les chirurgiens connaissent la catastrophe de l'aide « qui ne sait pas s'y prendre » ;

c) enfin assez d'attention pour saisir instantanément les incidents qui viennent troubler tel ou tel acte de métier, et pour modifier les gestes en conséquence ; assez de maîtrise de soi, assez peu de suggestibilité pour ne pas se laisser troubler ; assez de patience pour ne pas achopper devant la difficulté. Ces qualités supposent évidemment le souci de bien faire. Sans amour du métier et sans conscience il n'est pas de bon ouvrier : la chute de niveau professionnel du compagnon qui s'abrute d'alcool en est la preuve.

IV. — L'APPRÉCIATION DE CES APTITUDES

Peut-on apprécier analytiquement chacune de ces aptitudes motrices, psychomotrices et intellectuelles ? C'est impossible : l'examen neurologique peut bien apprécier analytiquement s'il y a lésion de tel ou tel système moteur ou sensitif ; il ne renseigne même pas sur la qualité fonctionnelle de ces systèmes et ne peut éliminer que les malades et les infirmes. C'est au conseiller d'orientation professionnelle, au psychotechnicien que revient la charge de choisir.

1° *Les méthodes.* — 1) On a proposé un examen synthétique par un test unique, tel le lancer du palet. Cette épreuve n'apprécie que l'adresse des grosses articulations, des mouvements des racines des membres, non celle des petits mouvements des doigts. Même corrigée par la répétition, qui renseigne sur l'éducabilité, elle ne suffit pas.

2) A défaut de tests propres à chacune des qualités étudiées, on a mis au point de multiples tests permettant chacun d'apprécier plusieurs de ces qualités sensorielles motrices, psychomotrices, intellectuelles et affectives. La série d'épreuves de la valise de Carrard-Michelin paraît donner des renseignements suffisants pour réaliser un échantillonnage des qualités du sujet.

a) Le chariot-tour apprécie la coordination des mouvements dissymétriques, le jugement et l'attention.

b) La réglette de métal avec butée renseigne sur l'attention, la mémoire motrice, la vitesse de mise en train, l'impulsivité, le contrôle de la répétition des gestes, le maintien du geste et la fatigabilité psychomotrice.

c) La canne tombant suivant les lois de la pesanteur teste la vitesse des réflexes, le temps de réaction visuelle et la fatigabilité.

d) Le puzzle à trois dimensions donne une idée des qualités de jugement, de bon sens, de méthode, d'imagination, de mémoire des formes, de précision des gestes et d'élimination des gestes inutiles, du souci de l'exactitude et de patience.

e) Le gravimètre juge la sensibilité à la pesanteur, la sûreté, et aussi la suggestibilité.

f) Le trémomètre ou dextérimètre apprécie la coordination et la précision des mouvements ainsi que l'émotivité.

g) La répétition de ces épreuves, enfin, permet de se rendre compte de l'éducabilité du sujet.

2° *Résultats et limites de ces méthodes.* — L'application de ces différents tests, avons-nous dit plus haut, va nous donner un échantillonnage des qualités du sujet examiné. Dans la masse des candidats à l'examen d'orientation, un premier groupe représente le déchet : les sujets que leur maladresse psychomotrice ou leur déficit intellectuel rendent irrémédiablement non éduca-bles. Un deuxième groupe représente les sujets pleinement satisfaisants ; ceux-là, il ne reste plus qu'à les diriger vers la spécialité la plus en rapport avec leurs aptitudes, mais aussi avec leurs goûts. Ici, le médecin ou le physiologiste n'ont rien à dire. Le conseiller d'orientation par contre est apte à tenir compte à la fois des données de l'examen, des préférences du candidat, des conditions psycho-sociales de la famille, des conditions enfin du marché du travail. Le dernier groupe, le plus intéressant pour le médecin ou le psychologue, est constitué par les « cas limites » : sujets que leur feuille de tests indique maladroits, peu éduca-bles. Va-t-on les rejeter à la hiérarchie inférieure des métiers, au rang de manœuvres ? Il serait téméraire de prendre une décision aussi grave sur les seules données d'un examen d'orientation. Aussi bien en psychotechnique qu'en psychiatrie, les tests n'ont qu'une valeur toute relative. Dans la complexité des problèmes moteurs, dans la complexité plus grande encore des problèmes psycho-moteurs, ils ne jettent que des lueurs sporadiques ; de la qualité psychomotrice du sujet, ils donnent des repères, des échantillons ; de la courbe idéale qui pourrait

représenter cette qualité, ils ne fournissent que quelques points. On ne saurait leur demander d'en tracer le profil exact.

Serait-il d'ailleurs réalisable, que ce profil psycho-moteur ne serait pas tout : les facteurs psychologiques et psycho-sociaux interviennent, qui peuvent tout bouleverser : les conditions psychologiques de l'examen ne sont pas celles du travail courant, tant les résonances émotionnelles suffisent, nous l'avons vu, à fausser le résultat. Lors de l'apprentissage, la ténacité, l'acharnement interviennent : - un maladroit tenace réussira là où échoue un sujet adroit, mais dépourvu du désir de bien faire. S'il n'est pas donné à tous de travailler dans la joie, du moins ne fait-on vraiment bien que le travail que l'on aime ; cette considération suffirait à condamner, s'il en était besoin, des choix de métiers basés uniquement sur les tests. La finesse psychologique et le cœur du conseiller d'orientation doivent suppléer l'insuffisance de ces derniers ; elles doivent en atténuer la rigueur : le médecin le plus érudit n'est pas celui qui soigne le mieux ses malades. Au moins autant qu'en médecine, l'exercice de la psychotechnique comporte un élément intuitif, un élément d'art.

LE SUBSTRATUM MORBIDE ET LES STADES ÉVOLUTIFS DES MÉCONNAISSANCES SYSTÉMATIQUES

PAR

JACQUES VIE

Phénomènes essentiellement psychologiques, les méconnaissances systématiques, dont nous avons récemment présenté l'étude descriptive (1) ne se montrent en réalité ni fixes ni immuables. Elles naissent, se constituent, se limitent ou s'étendent, persèverent plus ou moins longtemps, parfois de nombreuses années, et lorsque le malade vit assez longtemps, finissent dans bien des cas par disparaître.

De plus, elles ne se présentent qu'incluses dans le tableau clinique d'ensemble d'une psychose. La méconnaissance systématisée, considérée comme une forme indépendante, un délire de négation systématisé à l'état pur, ne se rencontre pas : ce ne serait qu'une fiction pittoresque. Toute méconnaissance systématique est intimement liée à un substratum, à un processus pathogène dans lequel elle prend sa source.

Aussi, dans notre travail précédent, pour chaque exemple (obs. I à XIV), nous sommes-nous efforcé d'indiquer, ne fut-ce que d'un mot, le stade évolutif du thème de méconnaissance et le stade évolutif de la psychose. De la confrontation de ces deux séries, nous chercherons à déduire le lien qui unit le processus pathogène et la réaction psychique.

(1) Jacques Vie. — Les méconnaissances systématiques. Etude sémiologique. (*Annales médico-psychologiques*, mars 1944, page 229).

Début des méconnaissances

Les méconnaissances ne constituent pas un phénomène initial. Lorsqu'elles apparaissent, la psychose a déjà atteint un degré d'activité intense. Elles en représentent une manifestation secondaire. Rarement il est donné au médecin d'assister à leur éclosion. Souvent, la disposition psychologique qui conduit à la méconnaissance ne s'épanouit pas jusqu'à son terme, la méconnaissance n'existe qu'à l'état d'ébauche qui ne se confirme pas.

1. *Les paroxysmes d'automatisme hallucinatoire.* — La modalité la plus fréquente est l'apparition à l'acmé d'un accès hallucinatoire, lorsque les processus automatiques, intenses et diffus, font naître des sentiments d'étrangeté profonde et de dépersonnalisation. Il en était ainsi dans le cas d'une jeune femme chez qui apparut très brutalement une psychose hallucinatoire évoluant par accès successifs d'une intensité extrême.

Obs. 1. — Mariée depuis 13 ans, Jeanne G., 34 ans, a un fils de 8 ans. C'est une femme intelligente, d'une tenue irréprochable et d'une excellente moralité, peu patiente, mais s'entendant bien avec son mari.

Le 18 mai 1938, première crise « de jalousie » ; une seconde en juin. Jamais rien de semblable ne s'était produit ; rien ne paraît les avoir motivées. Ce sont des paroxysmes prémonitoires.

Le 26 août 1938 éclate la psychose ; insomnie, idées fixes de jalousie, menaces au mari que Jeanne traite de gangster, qu'elle veut tuer, torturer ; et d'emblée, délire politique : elle va sauver la France, le Président de la République l'attend.

Le 3 septembre 1938, l'internement s'impose, dans un état de vive excitation psychique avec des hallucinations incessantes, de tous les domaines sensoriels, au milieu desquelles Jeanne se débat désespérément : « Il y a des voix de tous les côtés, s'écrit-elle, j'en entends plusieurs à la fois. » Elle présente tous les signes de l'automatisme mental ; action sur sa pensée, impression qu'on la manœuvre, qu'on veut forcer sa volonté, « mais, riposte Jeanne, je suis immortelle ». Veut-elle dormir, on l'en empêche, « Ça va dans tous les sens, de haut en bas, de droite à gauche, de gauche à droite. Par moments j'ai chaud dans le haut du corps, j'ai froid en bas. » Elle sent des courants électriques l'envahir subitement.

La malade éprouve un sentiment angoissant d'étrangeté et de transformation profonde de l'ambiance, « Tout est truqué, dit-elle, c'est une comédie, tout le monde me trompe. » Mais ce sentiment de transformation dès le 9 septembre porte avant tout sur la personne du mari, elle ne le voit plus de même : « J'avais confiance en lui parce

que je ne voyais pas clair, il m'a assez joué la comédie. Pour moi il travaillait à la S.F.R. ; il était docteur, je l'ai deviné. »

Le 18 septembre, Jeanne a franchi la limite de la méconnaissance ; ce n'était pas son mari qui l'avait visitée le dimanche, dit-elle à sa mère ; c'était un « sosie ». Elle se refuse désormais à reconnaître son mari lorsqu'il vient.

Une série de nucléinate est suivie d'accalmie des phénomènes hallucinatoires et des idées délirantes.

Le 15 janvier 1939 éclate un violent accès hallucinatoire à la suite duquel Jeanne s'abandonne à un délire paranoïde, érotico-mystique qui évolue par poussées : il y a eu des transformations du monde, Dieu lui fait entendre par ses voix qu'elle est la femme qui doit sauver le monde, etc. Pendant les périodes d'accalmie, obtenues à la suite du cardiazol ou se produisant ensuite spontanément, la malade essaie de reprendre une vie normale au moins en apparence sans se réintégrer complètement. Tantôt elle parle normalement au mari qu'elle reconnaît, tantôt elle lui dit « vous », se comporte comme vis-à-vis d'un étranger. Au cours même de la vie intime, le passage se produit d'une phase à l'autre : tout à coup, le mari est pris pour Dieu et Jeanne se replonge dans le délire et la méconnaissance.

Nous avons ainsi pu préciser chez cette jeune femme le substratum morbide ainsi que le climat psychologique qui en découle, et qui donnera naissance à la méconnaissance systématique : au comble de paroxysmes hallucinatoires d'une extrême violence, l'automatisme mental, les automatismes psycho-sensoriels et psycho-moteurs atteignent une intensité et une diffusion considérables. La malade se trouve en proie à une perplexité profonde, à un sentiment d'étrangeté et de dépersonnalisation fortement accusés. Mais il est à noter — et ce point prendra dans la suite une importance capitale — si Jeanne ne se sent plus maîtresse du cours de sa pensée, si elle se sent livrée à un automatisme qui lui échappe, jamais elle ne cesse d'affirmer la continuité de sa personnalité, jamais elle ne se résigne à céder devant les atteintes de la maladie, par un effort volontaire et conscient, elle parvient, lors des permissions, à conserver les apparences d'une vie sociale lorsque la frénésie des paroxysmes ne l'emporte pas.

2. *Choix émotifs sur fond d'affaiblissement anxieux.* — Nous avons rapporté dans notre précédent mémoire (obs. XII) le cas d'une mélancolique sénile avec idées délirantes de préjudice, chez laquelle étaient apparues des illusions de sosie des objets, puis de sosie de son gendre. Mme C. avait toujours été « très nerveuse », elle présentait de plus un terrain physique et moral acquis : artério-sclérose et insuffisance rénale, facteurs d'affaiblissement

et d'inquiétude, entraînant une attitude psychique habituelle d'incertitude et de méfiance. Les fatigues et les émotions de l'exode en avaient exacerbé les répercussions. Au retour, l'anxiété est franche, le sentiment d'étrangeté fait croire à une transformation de l'ambiance et à la substitution des objets. Mais il faut le choc émotif brutal d'un incident fortuit, l'arrestation du gendre, pour que Mme C. franchisse la dernière étape, pour que de la longue méditation dubitative émerge, d'un bloc, la construction délirante.

Nous avons insisté, dans notre travail de 1930, sur la phase explicative initiale, sur les formes explicatives de l'illusion des sosies. Il semble bien que le passage de l'explication à l'évidence se fasse sous l'influence de chocs émotifs violents, départs brusques, retours inattendus, paroxysmes d'inquiétude en rapport des idées délirantes et souvent sur un terrain de méiopragie organo-psychique spécial. Mais si le choc émotif possède une action révélatrice occasionnelle indiscutable, le processus d'anxiété et de dépersonnalisation, ici encore, le précède : le doute délirant, en lui-même, recélait déjà une certitude.

3. *La perplexité confusionnelle*. — Les méconnaissances apparaissent encore au décours des épisodes aigus de confusion mentale, lorsque les malades commencent à renouer contact avec un monde qu'ils perçoivent singulièrement transformé. Ils sont encore en proie à l'onirisme, à l'obnubilation, à un profond désarroi de la conscience.

La méconnaissance aiguë typique est celle de l'accident puerpéral et porte en général sur la personne du mari qui est poursuivie d'une haine violente, contrastant souvent de façon paradoxale avec le comportement antérieur. Une jeune femme, observée par Capgras et Carrette, explique une fois guérie qu'elle avait assisté dans l'état onirique à l'assassinat de son mari. « Quand elle le revit bien vivant, elle eut à une comédie macabre et fut convaincue qu'on lui envoyait pour la tromper un bandit camouflé, semblable à son mari, mais qui n'était pas lui. »

La lacune mnésique initiale marquera de façon indélébile dans le cas de chronicité l'évolution ultérieure de la méconnaissance.

Ces trois modalités d'apparition des méconnaissances — au cours de paroxysmes d'automatisme hallucinatoire, à l'occasion de chocs émotifs sur fond d'affaiblissement anxieux, au milieu de la perplexité confusionnelle — n'épuisent certes pas la totalité des faits. Nous les avons choisies comme les plus caractéristiques, parce qu'elles mettent en valeur l'importance relative des facteurs pathogènes que nous ne cesserons de rencontrer.

Méconnaissance et nosologie

Psychose hallucinatoire chronique. — Les deux tiers des cas publiés par les divers auteurs ou observés par nous-même relèvent de la psychose hallucinatoire chronique, surtout de ses formes graves et de ses formes paranoïdes qui impliquent, les unes et les autres, une large diffusion psycho-sensorielle et une importante atteinte psycho-motrice, une altération profonde du cours de la pensée. Nous en avons réuni plusieurs cas avec Mlle Jouannais dans sa thèse consacrée à l'étude critique des états paranoïdes.

Les méconnaissances y sont multiples, touffues, très tenaces, de très longue durée, et lorsque les hallucinations proprement dites s'atténuent et cèdent le pas aux phénomènes pseudo-hallucinatoires, elles persistent longtemps encore, tout en se dégradant lentement. Tandis que les méconnaissances de la vie psychique et celles des éléments sociaux de la personnalité appartiennent aux formes hallucinatoires simples, les méconnaissances de l'ambiance avec illusions de sosie paraissent consécutives aux épisodes de confusion ou d'obnubilation intercurrents qui entretiennent ou qui laissent après eux une imprécision et un relâchement de la pensée. Aussi voit-on souvent les secondes succéder aux premières en un second temps d'évolution. En voici un exemple :

Obs. II. — Marie J., femme Ey., infirmière, est internée à 31 ans en 1919, dans un état de « confusion mentale avec délire polymorphe, idées de persécution, de grandeur, idées mystiques, érotiques et hypocondriaques, hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques, agitation et anxiété, désordre de la tenue » (Dr Capgras). Des accès d'excitation sont séparés par des accalmies de plus en plus courtes et depuis 1924, jusqu'en 1928-30 où nous l'observons, Marie J. reste très troublée, alitée, cachée sous ses draps, le plus souvent dans le mutisme, refusant de recevoir sa famille, et écrivant sur ses carnets des textes sybillins.

L'automatisme mental n'a fait que croître depuis le début et les phénomènes psychomoteurs — ordres, défenses, inhibitions — sont restés en pleine activité. Le refus d'aliments habituel alterne avec des périodes de glotonnerie. Les hallucinations visuelles du début ont disparu, les hallucinations auditives sont moins actives. Mais les phénomènes cénesthésiques, notamment dans la sphère sexuelle, ont une intensité toujours aussi violente, ils sont incessants et forment la base de tout un délire érotique.

Dès les premiers jours de sa maladie, en avril 1919, Marie J. ne

reconnaît plus son mari. Dans ses périodes de calme, alors qu'elle semble n'avoir plus qu'un souvenir vague de son délire (30 septembre 1919), et un léger maniérisme, elle oublie qu'elle a deux enfants. En avril 1920, elle refuse de recevoir son mari. Le 6 novembre 1920, elle affirme qu'elle n'a ni mari ni fils ; elle n'a plus de nom. Le 15 janvier 1921, elle dit « ne pas connaître M. Ey. : première nouvelle. Elle n'a pas d'enfants. Il y en a d'autres ici qui passent à tort pour être mariés. Peut-être a-t-elle été folle ». Le 25 mai 1921 elle déclare ne plus avoir de famille. Le 5 janvier 1922, elle refuse d'ouvrir une lettre qu'elle reçoit, elle ne veut avoir de nouvelles de personne. Le 18 novembre 1925, elle croit son fils mort à 11 ans ; celui qui vient la voir ressemble à son fils mais ce n'est pas lui. Le 23 septembre 1928, elle ne veut pas qu'on l'appelle Ey. ; parce qu'elle ne veut ni Rotschild, ni Hérode (jeux de mots sur le nom de son mari), elle demande à rester Mlle J.

La méconnaissance de la famille en 1930 s'évanouit dans l'incertitude. Quel est cet Albert J., son frère ? Elle n'en sait plus rien. Quant à la mère J. ? c'est celle qui l'a élevée ; sa vraie mère, elle n'en sait rien, elle lui parle en rêve.

L'illusion des sosies n'a marqué ici qu'une étape tardive et transitoire, elle a bientôt revêtu la forme décrite par MM. Courbon et Fail sous le nom d'Illusion de Fregoli, que nous avons opposée aux « sosies » proprement dits sous le nom de sosies positifs : la malade a souvenir d'avoir vu, ou voit autour d'elle, ou même sur les journaux, des figures qui ressemblent à elle ou aux siens, ressemblances vagues, arbitraires, fortuites, qui traduisent un degré plus avancé de dislocation de la pensée, et dépassent le cadre des méconnaissances systématiques.

Une seconde éventualité se réalise par les *submersions thématiques*. La personnalité résiste, mais sur le terrain spécial, bien étudié par G. de Clérambault, qui allie des dispositions paranoïaques, mythomaniaques, parfois cyclothymiques, se développe une abondante superstructure idéatoire. De nombreuses interprétations, une riche imagination amplifient l'œuvre de l'hallucination. Les thèmes persécutifs, mégalomaniaques, métaboliques recouvrent complètement le processus initial. La méconnaissance fournit parfois elle-même des thèmes inépuisables, mais y perd son caractère originel de réaction limitée de défense, qu'elle a toujours revêtu plusieurs années plus tôt. Chez Mme de Rio Branco, malade princeps de Capgras et Reboul-Lachaux, vingt ans s'écoulaient entre la première méconnaissance de son mari et le plein épanouissement de la théorie universelle des substitutions de personnes qui frise l'énormité. Chez Mme S., dont nous relations

l'histoire en 1930, cinq ans s'écoulent entre la méconnaissance de son fils militaire, lors d'un retour en permission, et sa conception du trafic, qui l'amenait à conclure « personne n'est personne, tant le trafic est répandu partout ». Le délire ne cesse de proliférer jusqu'à l'affaiblissement terminal.

Il nous faut situer enfin les méconnaissances de type « pur », pour ainsi dire isolées, qui nous ont été utiles pour l'étude descriptive. Ce sont des *formes résiduelles*, pour ainsi dire « sclérosées », que l'on rencontre au cours de la régression de délires anciens, non expansifs. Elles accompagnent les séquelles hallucinatoires mineures : pseudo-hallucinations épisodiques, soliloque incohérent, vies solitaires, réinsertions sociales. Le délire n'ose plus se formuler, la réticence est plus facile. La méconnaissance traduit encore la volonté de réintégration de la personnalité. Mais l'histoire de la psychose révèle les phases d'activité au cours desquelles elle a trouvé naissance.

Démence précoce. — Les méconnaissances systématiques ne sont pas rares dans la démence précoce. L'intensité des processus automatiques et hallucinatoires dans les phases actives de la maladie, la segmentation catatonique de la pensée et des actes sont bien faites pour imposer chez les malades l'impression d'artifice, de transformations extérieures. Mais, de même que les hallucinations bien que fréquentes et multiples y revêtent des caractères atypiques et se montrent diffuses, imprécises, intersensorielles, et n'entraînent souvent qu'une conviction incertaine, les méconnaissances, elles aussi imprécises, souvent épisodiques, éminemment variables, demeurent à l'état d'ébauche et n'adhèrent que de façon bien lâche aux autres éléments de la personnalité dissociée.

En son début, la méconnaissance est pourtant un phénomène très actif, surtout lorsqu'elle vise la famille, que les malades repoussent avec une haine véhémente. L'une renie ses parents qui la visitent, ce ne sont pas ses vrais parents, on l'a fait brûler quand elle était toute petite. Une autre rejette son nom, ne veut plus qu'on l'appelle R., elle n'a rien des R., ce sont de vilaines gens. Souvent le mari, les enfants sont l'objet du mépris et du refus, ou bien paraissent transformés : « Ça me fait plaisir de voir ma fille, ça m'est égal de ne pas la voir ; mais ce n'est pas mon mari ni ma fille qui viennent : ils changeaient souvent les personnes, ils ont mis tellement de sosies : il y a eu confusion d'enfants, on m'en a mis un, on m'en a mis deux. » Voici une autre jeune femme qui refuse d'admettre la qualité du médecin :

« Je vous méconnaissais », s'écrie-t-elle avec véhémence. Les grands thèmes fantastiques — ceux de mort et de nouvelle naissance — sont des phénomènes relativement initiaux, lors des premières poussées.

Mais bientôt le processus perd de son activité, il se fige dans la stéréotypie, il se vide de sa valeur affective, le contenu idéatoire se réduit à des formules minima. Telle la malade de Capgras et Carrette lorsqu'éclate l'accès hétérophrénique, elle dévoile un complexe d'Œdipe en même temps que la conviction du remplacement de son père, de sa mère, de son frère par des sosies. Quelques années plus tard, elle n'en donne plus qu'un récit indifférent et monotone, « il y a des bruns avec les yeux noirs, il y a des blonds avec les yeux bleus. Alors c'est facile d'avoir des sosies. Mon père est grand, il a les yeux noirs ; mon frère est petit, il a les yeux bleus. Il y en a sur la terre qui sont grands avec les yeux noirs, qui sont petits avec les yeux bleus ».

Il s'en faut d'ailleurs que toutes les méconnaissances, toutes les négations, tous les refus observés dans la démence précoce relèvent de méconnaissances systématiques. Nous aurons plus tard à préciser ces limites.

Confusion mentale. — Le rôle capital de la lacune mnésique initiale est bien mis en valeur par les délires secondaires aux confusions traumatiques. Chez un mineur observé par Mlle Rousset et Daumézon, la fracture du crâne avait été suivie d'un épisode onirique d'un mois. Dès le début, en pleine incohérence, le malade méconnaissait son identité, ainsi que la réalité de l'accident. Sorti de sa torpeur, il conserve de gros troubles de la mémoire, sur la négation de l'accident s'épanouit une confabulation fantastique, celle d'un accident d'aviation, tandis que se fixe la méconnaissance d'un internement du père du malade.

L'évolution ultérieure nous est apportée par un ancien cocher tombé de son siège en 1895, hospitalisé et trépané alors à la Pitié. Nous avons retrouvé, 40 ans plus tard, la conviction persistante de la non-existence de l'accident : « On m'a fait croire à un accident de cocher et ce n'était pas vrai. » Le malade avait édifié, sur cette lacune mnésique, un délire de filiation et de second mariage conclu à son insu. Et tandis qu'aux approches de la vieillesse, le doute naissait sur la filiation napoléonienne, et que les thèmes délirants rétrogradaient vers leur point d'origine, la méconnaissance, en rapport direct avec la lacune confusionnelle indélébile, gardait encore toute sa vigueur.

L'alcoolisme, générateur de paroxysmes confusionnels répétés

qui réveillent, entretiennent et développent à chaque fois les vieux thèmes délirants, réalise des formules atypiques, telles qu'en décrivaient Martinor et Mlle Jouannais chez une polynévritique avec sclérose médullaire : en 1906, elle cessait, un beau jour, de reconnaître son mari dans l'homme qui, à midi, était venu s'asseoir à la table ; elle en eut néanmoins quatre enfants sans jamais admettre l'identité des deux partenaires ; 33 ans plus tard, apparaît une méconnaissance du fils, longtemps soupçonnée « parce qu'il est étrange qu'un fils batte sa mère », puis l'idée rétrospective d'une substitution de ce fils à l'âge de 11 ou 12 ans.

Dans la *psychose périodique*, les méconnaissances ne font guère que des apparitions épisodiques. Pour G. de Clérambault, dans la manie, elles se rattachent à l'humeur enjouée et taquine et rentrent dans ces comédies que le malade se joue à lui-même, et dont il est parfois quelque peu dupe. Chez les mélancoliques, elles feraient partie « d'un système général de négation ». Cependant, les exemples de méconnaissances relevés chez des périodiques le sont dans des formes graves, atypiques, surtout délirantes ou compliquées d'un appoint confusionnel. Nous y retrouvons donc les facteurs habituels des méconnaissances.

OBS. III. — La veuve P., âgée de 55 ans, a présenté depuis 1911 plusieurs accès maniaques ou dépressifs marqués par des conceptions délirantes. Le dernier accès d'excitation maniaque, en novembre 1939, comporte des idées de grandeur, de persécution et d'influence. Faus-ses reconnaissances et méconnaissances vont de pair. Le médecin est « son oncle Benoît ». A Sainte-Anne, son mari l'a soignée, lui a fait une ponction lombaire, il n'est donc pas mort. Son fils n'est pas mobilisé : il est allé à Lyon 18 jours, mais « il n'y a pas de guerre, bien que les femmes la veuillent ». Toutes ces idées délirantes disparaissent avec la fin de l'accès en avril 1940.

Chez les circulaires, la modification des thèmes est curieuse lorsque le malade passe de la phase d'excitation à la phase dépressive : la méconnaissance peut céder et trouver un équivalent dans une gamme différente. Une de mes circulaires, nous écrit M. Quercy, à chaque accès de mélancolie méconnaît son mari : il est mort ; le bonhomme qui vient la voir est le diable. Elle le reçoit bien, puis au milieu de la conversation lui administre de violents coups de poing. Elle s'étonne que le diable ait tout de son mari, qu'il en ait tous les papiers, y compris les quittances de l'asile, et qu'elle n'ait pas soupçonné la substitution lors de la précédente sortie. Dans les phases d'hypomanie, la malade

dénie toutes ses déclarations ; « son mari est un saligaud » dont les visites lui indiffèrent, elle se gardera bien de quitter l'asile pour le rejoindre. Querey note une curieuse formule d'indécision intermédiaire : « Cet homme n'existe pas. C'est mon mari. Il ne mange pas depuis 3 ans. Et il travaille toujours. Il doit manger puisqu'il vient me voir. »

Les *psychoses de la présénilité*, lorsqu'elles dépassent le cadre de la mélancolie simple, associent d'une façon générale, en une formule complexe, l'automatisme hallucinatoire et l'anxiété, sur un fond d'affaiblissement artério-scléreux plus ou moins prononcé. Sous l'influence de déficiences organiques intercurrentes ou d'émotions fortes comme chez Mine C. (obs. XII) apparaissent des illusions de sosies ; des poussées d'automatisme mental, qui n'atteignent pas toujours l'hallucination vraie, font naître des méconnaissances de personnes. De son côté, la tonalité anxieuse prédominante oriente vers la négation de phases de la vie antérieure, et ces psychoses présentent toute une gamme d'états qui vont de la méconnaissance systématique à des délires de négation proches du syndrome de Cotard, dont ils ne revêtent pas d'ailleurs les caractères classiques. Enfin, un appoint confusionnel est souvent en rapport avec une insuffisance hépato-rénale. C'est dire que les formules réalisées sont le plus souvent atypiques.

L'une de nos malades traduit le sentiment d'étrangeté que lui inspire l'ambiance par une méconnaissance de la nationalité de l'entourage.

Obs. IV. — Marie-Charlotte M. commencé à 59 ans une mélancolie présénile avec anxiété et idées de persécution. A 62 ans, artério-scléreuse légèrement affaiblie, déprimée sans initiative, concentrée en elle-même, elle conserve des idées d'empoisonnement, et surtout un sentiment d'étrangeté qui l'amène à nier la nationalité française de l'entourage. Elle, *toujours française*, souffre de se trouver au milieu d'étrangers, de Belges, de Flamands. « A la clinique Sainte-Anne, dit-elle, c'était toute une légion étrangère de Belges, ils causaient tout à fait en flamand. A Dun, c'étaient des étrangers. A la Charité ce n'est pas tout à fait français. » Montrant la secrétaire, elle précise : « Cette dame-là, elle est née à Courtrai (Belgique) », et ajoute : « On s'ennuie quand on a quitté son département ».

Le plus souvent, dans les phases dépressives, le sentiment d'étrangeté n'entraîne pas une certitude absolue des transformations extérieures ; le *doute* occupe une place importante comme dans le cas de Capgras, Joaki et Ellenberger, il constitue même

la note dominante chez une malade présentée par Lévy-Valensi. La première nie les décès récents et doute de tout son passé ; tout n'a été que truquage ; une phase d'exaltation euphorique développe une érotomanie envers un médecin, dont la malade refuse d'admettre qu'il soit marié et père de famille ; le doute a fait place à la certitude. La malade de Lévy-Valensi refuse de reconnaître son mari pour tel, mais se laisse embrasser par lui. Elle nie avoir un fils : « Ce monsieur qui m'appelait maman, je ne sais où il prenait ça. » Elle-même existe, « puisqu'elle a une tête et des épaules », bien qu'elle nie avoir un estomac, un intestin. Ces éléments, ainsi que la croyance à l'immortalité, rappellent le syndrome de Cotard. Mais l'anxiété est modérée, la malade souffre surtout de l'étrangeté qui plane sur son passé, elle en est surtout séparée « par tous ces trafiquages », c'est-à-dire par la période de grande anxiété et de délire passée à l'Hôtel-Dieu. Cette période elle-même, l'a-t-elle vécue ? Ce petit logement qu'elle décrit, y a-t-elle été ? La rue Charles-V, « ça doit exister pourtant... Et dans quel pays y aurait-il une rue Charles-V ? » Voilà qui éloigne à la fois du syndrome de Cotard et des méconnaissances systématiques typiques !

Les démences. — Les méconnaissances systématiques exigent la conservation d'un niveau intellectuel minimum. Aussi, dans les démences progressives, ne font-elles que des apparitions transitoires pour se désintégrer rapidement suivant les modalités propres à chaque psychose.

À la paralysie générale, on doit la belle observation de Capgras, Lucchini et Schiff qui réalise une illusion de sosies typique. Mais, en général, les méconnaissances portent sur des points de détail absurdes, des distinctions précaires qui traduisent l'obstination et les troubles du jugement. Un paralytique général impaludé, dont nous avons décrit le délire d'anthropopathie interne, niait son patronyme : « Lucien V., c'était le nom qu'on lui avait donné à Ste-Anne, c'était le nom de sa femme, qui avait épousé Jean V., avec qui il avait travaillé à la Compagnie. » Une paralytique générale, tuberculeuse par surcroît, affirme être non pas la femme, mais la fiancée de l'homme que l'état civil affirme être son mari : fiançailles qui, dans son esprit, n'ont rien de platonique, puisque la méconnaissance du mariage s'accompagne d'un délire de grossesse !

Mentionnons encore, comme type de méconnaissance fugace, la méprise d'une artério-scléreuse de 74 ans, sujette à de fortes variations tensionnelles spasmodiques : elle cessa un beau jour

de reconnaître son mari pour tel, déclara qu'il était parti et qu'une vieille femme était venue le remplacer : elle ne cessait de s'en plaindre. Ce fut le signe d'alarme de troubles aphasiques, paraphasiques, et d'une fabulation avec désorientation complète.

Lésions cérébrales localisées. — Nous avons indiqué le lien qui unit les méconnaissances systématiques de la perte d'une fonction nerveuse, ou celles d'une partie du corps paralysée, avec une lésion cérébrale localisée, tumeur, abcès, ramollissement ou atrophie circonscrite : dans le syndrome d'Anton-Babinski, la lésion intéresse de façon élective l'une des circonvolutions pariétales, surtout la pariétale inférieure et ses plis de passage avec le lobe temporal et la lésion chez les droitiers intéresse l'hémisphère droit. Des cas d'algo-hallucinose, décrits par L. van Bogaert, comportent une anesthésie de type thalamique et mettent en jeu la couche optique. Il ne saurait être question de discuter ici du point de vue neurologique les faits et les théories présentés par Lhermitte, par L. van Bogaert, par Alajouanine, par Dide, non plus que de lier les méconnaissances systématiques à des lésions anatomiques localisées. Notons, par contre, que dans cette série de faits, il existe un sentiment très particulier et très net de déréalisation, de dépersonnalisation, d'étrangeté qu'ont bien observé les divers auteurs : il ne repose pas, comme dans les méconnaissances d'éléments psychiques, sur l'automatisme mental et les troubles du cours de la pensée, mais, sur un plan parallèle, semble résulter de l'atteinte d'un appareil d'actualisation, d'intégration des éléments corporels qui possède peut-être divers étages corticaux et sous-corticaux.

La fin des méconnaissances

Les méconnaissances meurent avec les processus qui leur ont donné naissance. Cette terminaison revêt divers aspects :

1° Elles disparaissent très rapidement avec l'ensemble du tableau clinique lors de la *guérison* des accès psychopathiques aigus : maniaques, délirants, confusionnels.

Certaines guérisons thérapeutiques d'états subaigus ou chroniques, plus lentes, permettent d'étudier les étapes de régression. Nous mentionnerons ici le cas curieux de la guérison complète d'une psychose hallucinatoire de formule typique, survenue quatre mois après une série de cardiazol, et qui pose le problème de l'action à retardement des méthodes de choc.

OBS. V. — Aline B., née en 1903, mariée, présente les premiers troubles en février 1936, puis doit être internée le 22 mars 1938, avec un syndrome complet d'automatisme mental et hallucinatoire : elle subit des actions à distance, des épreuves, entend des voix et leur répond, éprouve des sensations sexuelles voluptueuses et douloureuses etc. ; elle expose un thème de persécution érotique : elle est poursuivie par le Dr S. qu'elle identifie avec le fils d'un médecin connu autrefois, le Dr de F., et qui veut la contraindre à l'épouser.

Le traitement par le cardiazol est institué à la clinique des maladies mentales (Prof. Claude) en avril-mai 1938, et considéré comme un échec.

Dans notre service en juillet 1938, Aline présente une psychose encore active avec méconnaissance systématique du mariage : elle n'est plus mariée, elle est divorcée à l'amiable par les épreuves du Dr de F., elle a accepté de devenir sa femme à distance, elle veut sortir pour se marier avec lui. Elle refuse de voir son mari, le reçoit très mal le 16 octobre 1938.

Cependant, bien qu'encore hostile, Aline se montre calme, et le processus hallucinatoire semble moins actif. Elle soliloque encore dans les cours et reste oisive. Le 2 novembre, elle nous demande sa sortie pour aller chez son mari qu'elle reçoit bien : la méconnaissance a cédé. Le 8 novembre, elle accepte de travailler aux ateliers, le 19 novembre, elle reconnaît que « la maladie lui a fait croire tout cela ». Son expression est naturelle, ouverte et sincère. Elle sort le 10 décembre 1938.

2° Lorsqu'il s'agit d'une méconnaissance occasionnelle qui ne s'implante pas profondément dans la personnalité, ou qui repose en partie sur un élément pathogène surajouté — confusion, affaiblissement — l'évidence des faits suffit parfois à en déterminer une *atténuation progressive*. Les méconnaissances de l'ambiance, longtemps soumises au doute, fournissent la majeure partie de ces cas.

3° La méconnaissance s'effondre dans l'aggravation de la *démence*, soit qu'elle cesse d'être soutenue, soit qu'elle se réduise à quelques formules dépourvues de sens, soit qu'elle disparaisse brusquement à l'occasion d'ictus. Dans la démence précoce, à l'occasion d'une nouvelle poussée plus grave, elle s'anéantit avec toute la personnalité dans l'abandon à la démence, ce que Mayer Gross a appelé la « deuxième fêlure » (zweiter Knick).

4° Enfin, chez les *vieux délirants chroniques*, la méconnaissance s'atténue, ainsi que la conviction délirante lorsque le processus hallucinatoire est en décroissance. Nous avons étudié en 1935, ces terminaisons relativement favorables. Lorsqu'un certain

degré d'affaiblissement s'installe, le renoncement à la méconnaissance est assez facile. Néanmoins, il comporte des stades intermédiaires.

Chez Marguerite F. (Obs. VIII de notre précédent mémoire) qui méconnaissait l'écoulement du temps, puis le décès de son mari, et présentait un délire de grossesse, M. Beaudouin a pu noter tous les temps de la régression.

En juillet 1930, la malade dit qu'elle « n'a plus de voix » depuis 1927.

En septembre 1931, elle adresse encore une lettre correctement datée à son mari, mais admet qu'elle est divorcée. « J'aime mieux ça, ajoute-t-elle, que s'il était mort. C'est pareil et ce n'est pas pareil ». En juin 1932, elle admet le décès. « Je ne le croyais pas, des voix me disaient que ce n'était pas vrai, qu'il n'était pas mort ».

Du délire de grossesse, en novembre 1931, Marguerite parle au passé : « J'étais enceinte avant de venir. » Une hystérectomie pour fibrome le 6 avril 1932 apporte à ces idées une fin honorable : « Je ne suis plus enceinte puisqu'on m'a opérée. »

Lorsque l'affaiblissement est moins marqué, méconnaissance et délire sont devenus des habitudes indispensables, des nécessités impérieuses de la pensée. L'abandon n'en est pas toujours aisé.

Obs. VI. — Une de nos vieilles délirantes, Mme B., née T., à l'âge de 62 ans, toujours hallucinée, reniait encore et ses parents, et son mari. Elle disait être fille de Napoléon III et avoir épousé des rois. A 70 ans tout à fait calme, n'éprouvant plus de troubles actifs, elle se dit encore princesse Bonaparte, fille de Napoléon et d'Eugénie, et non pas des T., « gens qui cultivaient des champs dans la Creuse ». Mais elle reconnaît son mariage : « Depuis 1891, dit-elle, j'ai épousé ce M. B. Rendez-moi mes enfants ! » La mort de la malade n'a pas permis de savoir si la méconnaissance de l'origine, plus tenace, aurait cédé à son tour.

Nous avons recueilli l'importante série de dessins d'un délirant halluciné devenu mégalomane qui avait été interné en 1893, à l'âge de 43 ans. Il niait s'être jamais appelé F. et donnait de cette identité « d'emprunt » une ingénieuse explication. Edgar-Nathaniel-Benjamin-Philippe d'Orléans, dans *l'état ouvrier*, était devenu petit sculpteur, puis petit artiste-peintre, lorsqu'il rencontra Edmond-Gabriel F., peintre fou à Bicêtre, pour qui on le fit passer. Le délire allait en se dissociant vers l'ineohérence. Ancien

apprenti pâtissier dans sa jeunesse et ancien ornemaniste, F., de 67 à 71 ans, se complait à traduire par le dessin de gâteaux extraordinaires, de pièces montées fantastiques, les vieux thèmes persécutifs, érotiques et mégalomaniques qui se fondent, en perdant leur signification, dans un symbolisme de plus en plus purement décoratif. Sur quelques dessins, le véritable nom est porté, comme un pseudonyme, à la devanture d'une pâtisserie. Puis, âgé de 71 ans, le 4 septembre 1919, F. vient, de lui-même, donner au médecin tous les détails de son état civil.

Cette renonciation spontanée à la méconnaissance marque le dernier stade de la réintégration du malade dans sa véritable personnalité. Mais elle annonce aussi un affaiblissement artérioscléreux qui s'aggrave : la période gastronomique a marqué la transition entre le déclin du délire et le déclin de l'intelligence. De 72 à 76 ans, F. cesse de dessiner, demeure inerte jusqu'à ce que l'emporte un ramollissement cérébral.

Parfois la renonciation prend un caractère dramatique lorsque la méconnaissance a constitué pour la malade une condition même de sa persistance mentale. Notre vieille malade, Mlle Cl., à l'issue d'un roman érotomaniacal ancien, édifié au milieu d'une forte activité hallucinatoire, avait placé tout l'espoir de sa vie dans une rencontre future avec son protecteur, son « bon doyen », le Dr de Montméja. Elle en avait toujours méconnu la mort, et, bien qu'en sa vieillesse chargée d'infirmités physiques, elle ait compris la vanité de son espoir, elle n'avait plus le courage de renoncer à cette consolation. « Je vous le demande en grâce, docteur, nous écrivait-elle, si le malheur voulait que ce surhomme soit mort véritablement, *ne me le dites jamais*, laissez-moi croire qu'il reviendra, cette espérance m'aidera à finir mes jours. »

Prière touchante qui nous invitait à devenir le complice d'un compromis avec le délire insoutenable, et qui, mieux que toute argumentation, démontre la nécessité avec laquelle s'imposent aux malades les méconnaissances systématiques.

Au terme de cette enquête sur les rapports des méconnaissances systématiques et du substratum morbide, se dégage le lien fondamental qui les unit au sentiment de dépersonnalisation et d'étrangeté, et par suite au trouble physiogène qui en est la source presque exclusive : *l'automatisme mental*, compris au sens de Clérambault, que vient renforcer l'automatisme hallucinatoire. Nous insistons à dessein sur le terme d'*automatisme*, car cet aspect du trouble cérébral crée l'impression d'origine extérieure, d'artifice, que Guiraud qualifie de xénopathie : il donne au malade

la certitude que la cause de son malaise réside en dehors de lui. De l'automatisme mental seul découlent les formes les plus typiques, méconnaissances des éléments de l'identité, méconnaissances d'éléments ou de périodes de la vie mentale. A côté de l'automatisme mental, nous avons fait la part de certaines lésions cérébrales localisées qui engendrent une impression de déréalisation, de dépersonnalisation physique avec méconnaissance d'un segment du corps ou de certaines fonctions.

La confusion, l'anxiété, l'insuffisance cérébrale jouent un rôle accessoire, apportent des caractères nouveaux ou imposent certaines limites. La confusion apporte un bouleversement profond du psychisme : à l'automatisme s'ajoute l'incertitude de la pensée, génératrice de fausses méconnaissances. L'anxiété apparaît surtout pour fixer les croyances délirantes, à l'occasion de choes émotifs. L'affaiblissement fournit un double seuil : léger, il favorise l'apparition de la méconnaissance, mais la labilité de la pensée, la diminution du contrôle du jugement sur l'imagination sont des facteurs d'affabulation fantastique ; à l'opposé, avec la démence, la méconnaissance sombre dans le néant définitif. Dans tous ces cas se produisent les méconnaissances de l'ambiance, l'illusion des sosies.

La chronologie de l'évolution marque le parallélisme du substratum et de la méconnaissance, avec un certain décalage de la seconde série : la méconnaissance naît en pleine activité du processus automatique ; elle se maintient active tant que le processus est actif, elle perd de sa virulence lorsque le processus diminue d'intensité. Elle disparaît avec les accès aigus. Dans les états chroniques, elle se survit comme une habitude mentale, lorsque l'automatisme se réduit aux manifestations hallucinatoires mineures. Elle s'éteint lentement au déclin des vieilles psychoses.

La méconnaissance systématique est donc un réactif de l'activité hallucinatoire. Par ailleurs, elle témoigne également d'un certain degré de cohésion et de résistance de la personnalité, et ce dernier point prendra toute sa valeur dans l'étude psychopathologique du phénomène.

LES ACCIDENTS VERTÉBRAUX DU CARDIAZOL ET DE L'ELECTRO-CHOC

Mécanisme de production
Manœuvre permettant de les éviter

PAR

M. FEUILLADE (de Lyon)

Parmi les accidents mécaniques des thérapeutiques convulsivantes, les complications vertébrales sont celles qui ont prêté le plus à discussion. Si l'on consulte les publications étrangères, on est effrayé du pourcentage de fractures vertébrales constatées par différents auteurs (Bennett et Fitzpatrick, 47 %, Polatin, 43 %, Palmer, 40 %). Les statistiques françaises publiées jusqu'à ce jour donnent des chiffres très inférieurs.

J'avoue n'avoir moi-même jamais beaucoup prêté attention aux accidents vertébraux de la crise cardiazolique, bien que chez deux malades j'aie constaté l'existence d'un point douloureux vertébral persistant au niveau de D6. Par contre, depuis que je pratique l'électro-choc, j'ai été alerté dès le premier mois par la production d'une fracture de la colonne vertébrale se traduisant par des signes cliniques et radiologiques indiscutables. Depuis, chez deux malades, l'apparition d'une douleur dorsale ayant attiré mon attention, les radiographies me montrèrent de discrètes lésions osseuses que la clinique ne permettait pas de suspecter.

D'autres cas récents viennent d'être publiés : Maurice rapporte deux cas de fracture des corps vertébraux par électro-choc. Tourniaire et Moreau en présentent un cas. Ferdière et Latré, molière deux cas. Sans partager le pessimisme des auteurs étrangers, ces observations montrent que de tels accidents sont cependant à redouter. Mais ils ne revêtent pas tous la même gravité ; aussi, convient-il de distinguer d'une part, les lésions discrètes des vertèbres sans modification de leur hauteur et d'autre part

les véritables fractures de la colonne avec affaissement plus ou moins important des corps vertébraux.

1° *Lésions discrètes des vertèbres*, certainement plus fréquentes qu'on ne le croyait au début à cause de l'acuité assez réduite des signes cliniques : la douleur spontanée peut être assez modérée ; souvent elle se réduit à une gêne pénible ou à une simple sensation de fatigue dans la région médio-dorsale, à peine exagérée par les mouvements de flexion et de rotation du tronc.

L'examen de la région dorsale ne montre aucune déformation, mais la pression, ou mieux la percussion, de la colonne révèle un point douloureux localisé sur la cinquième ou la sixième vertèbre dorsale.

Cette douleur à la pression d'une apophyse épineuse rend nécessaire une vérification radiographique. Ces élichés, jusqu'à présent, nous ont confirmé l'existence de lésions discrètes des vertèbres.

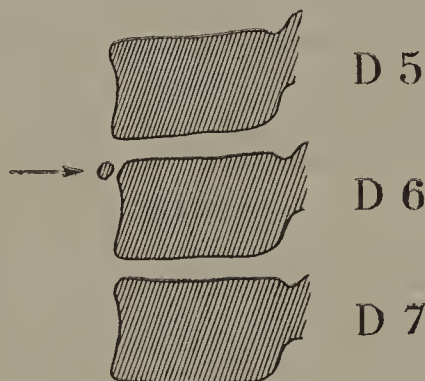


FIG. 1

OBSERVATION 1. — Mme Bog..., 27 ans. Mélancolie post-puerpérale. C'est après la deuxième séance d'électrochoc que la malade éprouve, au niveau de la région dorsale, une douleur, faiblement exagérée par les mouvements. L'examen local révèle un point douloureux sur D6, sans déformation.

La radiographie de profil montre une esquille osseuse (fig. 1), détachée du bord antéro-supérieur du corps de la sixième vertèbre dorsale. La hauteur de la vertèbre n'est pas modifiée. Il n'y a ni écrasement, ni fêlure visibles.

La malade est très améliorée au point de vue mental et le traitement est arrêté. Mais, au bout d'une dizaine de jours, les idées d'auto-accusation faisant leur réapparition, on reprend le traitement, malgré la persistance du point douloureux vertébral, en employant la manœuvre

que nous décrivons ultérieurement. Trois nouvelles séances d'électro-choe sont ainsi pratiquées, sans aggravation de l'état vertébral.

OBSERVATION 2. — M. Dur..., 43 ans. Sujet musclé et sportif. Syndrome mélancolique avec idées délirantes de persécution et d'auto-accusation évoluant depuis environ trois semaines.

Après trois séances d'électro-choe faites en appliquant la manœuvre de contention que nous décrivons plus loin, le malade est très amélioré et ne se plaint absolument pas de sa colonne. Pour consolider son état mental, nous lui pratiquons une quatrième séance, mais la manœuvre de contention est appliquée trop mollement. Au réveil, le malade se plaint de la colonne et l'examen révèle un point douloureux sur D6, sans déformation.

La radiographie de profil montre une image identique à celle de l'observation précédente, c'est-à-dire une esquille osseuse détachée du bord antéro-supérieur du corps de la sixième vertèbre dorsale.

OBSERVATIONS 3 et 4. — Bien que des radiographies n'aient pas été faites, nous rapportons ces observations parce que, cliniquement, elles se présentent d'une façon identique aux deux précédentes et très vraisemblablement correspondent aux mêmes lésions osseuses.

Il s'agit de deux jeunes femmes de 19 et 30 ans qui ont présenté une douleur vertébrale localisée à D6, l'une après la quatrième crise, l'autre après la seconde crise cardiazolique.

Ces observations se sont présentées toutes les quatre de la même façon au point de vue clinique. Malheureusement, pour deux d'entre elles, les radiographies n'ont pas été faites, car au moment où nous faisons le cardiazol nous ne prenions pas assez au sérieux la possibilité d'accidents vertébraux. Mais on peut presque affirmer que si ces radiographies avaient été pratiquées, elles auraient révélé des lésions semblables à celles des observations 1 et 2.

Dans nos deux premières observations, les radiographies de face ne montrent rien. Les radiographies de profil sont difficiles à interpréter à cause de la projection des omoplates et des articulations de l'épaule sur la colonne dorsale de D1 à D6. Pour avoir une radiographie de profil plus facile à interpréter, il faut faire un profil légèrement incliné qui permet de découvrir la face antérieure des corps vertébraux sans être gêné par la projection superposée des omoplates et des articulations scapulo-humérales.

L'évolution de ces quatre cas s'est faite spontanément vers la guérison, les sujets ne ressentant plus leur douleur après trois à quatre semaines. Il n'est absolument pas nécessaire de pratiquer une immobilisation.

2° *Fractures de la colonne avec affaissement des corps vertébraux.* — Complication heureusement extrêmement rare. La symptomatologie est beaucoup plus révélatrice. Ces fractures peuvent se faire au cours d'une seule séance, comme ce fut le cas pour l'une des observations rapportées par Maurice. Mais le plus souvent, le malade écrase sa vertèbre en deux temps : la première crise prépare la fracture en créant des lésions discrètes comparables à celles rapportées dans nos observations précédentes. Les crises ultérieures effondrent la vertèbre : l'observation suivante est nettement en faveur de cette hypothèse.

OBSERVATION 5. — M. Moul..., 52 ans. Sujet assez muselé, présentant une névrose obsessionnelle. Après la première séance d'électrochoc, le malade éprouve une douleur entre les deux épaules, au niveau de la colonne dorsale. L'examen local révèle un point douloureux sur D6, sans déformation. Comme il s'agit d'un malade se plaignant trop facilement de divers malaises, on ne tient pas suffisamment compte de ses dires et, six jours après, on lui refait une deuxième séance. Au réveil de la crise, le malade se plaint de douleurs violentes au niveau de la colonne dorsale, s'irradiant des deux côtés. Les mouvements de rotation et de flexion du tronc sont très douloureux. L'examen local révèle une colonne médio-dorsale très sensible, avec maximum de la douleur sur D6. Pas de déformation nettement appréciable. Une radiographie de profil montre un léger tassement de la partie antérieure de la sixième vertèbre dorsale.

Ces cinq observations soulignent donc la possibilité de fractures vertébrales provoquées par les crises convulsives de l'électro-choc et du cardiazol. La gravité de ces fractures peut être bien différente ; le plus souvent il s'agit de lésions discrètes des vertèbres, ne réclamant pas de traitement spécial mais imposant la suspension du traitement d'une façon au moins temporaire.

Chez nos cinq malades, on ne pouvait relever aucune lésion osseuse antérieure, mais dans quatre cas tout au moins, il existait un facteur important de décalcification : deux fois (obs. 1 et 4) il s'agissait de jeunes femmes relevant de grossesse. Notre malade de l'observation 2 avait présenté, deux mois avant qu'on lui fassse de l'électro-choc, un phlegmon du bras gauche, avec une hyperthermie élevée durant près de trois semaines. Une suppuration abondante et prolongée avait entraîné une grosse atteinte de l'état général, dont le malade se remettait à peine lorsqu'on lui fit le traitement convulsivant. Enfin, notre malade, qui présentait un tassement de la sixième vertèbre dorsale (obs. 5) était un gros mangeur qui avait souffert énormément des restrictions et avait perdu près de 25 kg.

Ce facteur de décalcification nous paraît des plus importants. La contraction musculaire seule est impuissante à produire des lésions osseuses du rachis : les fractures deviennent possibles dès qu'une fragilisation du squelette intervient. La question de la musculature est aussi à considérer, mais elle ne paraît pas avoir l'importance que certains ont voulu lui faire jouer. Les lésions vertébrales se voient évidemment chez les sujets un peu musclés, bien que chez nos deux jeunes femmes relevant de grossesse, la paroi abdominale n'était pas particulièrement puissante. Par

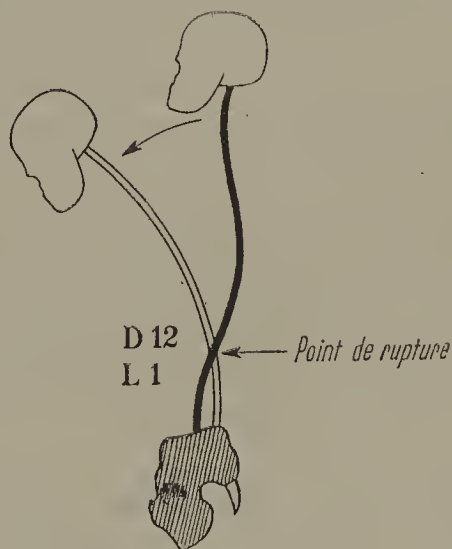


FIG. 2

contre, nous avons traité par le cardiazol ou l'électro-choc des sujets très musclés qui ne nous ont fait aucune complication vertébrale.

La localisation des lésions au niveau de D5, D6, rarement plus bas, est expliquée par leur mécanisme de production.

Mécanisme de production. — Les fractures habituelles de la colonne vertébrale résultent généralement d'une cause indirecte. Un double mécanisme intervient dans leur production : l'hyperflexion et la pression verticale.

La fracture par flexion forcée de la colonne en avant se fait de la façon suivante : la courbure dorsale s'exagère, la courbure lombaire tend à se redresser (fig. 2). Les deux branches de l'S formé normalement par ces deux courbes se mettent dans le prolongement l'une de l'autre. La charnière de ce mouvement

répond à D12, L1. Si la flexion en avant s'exagère, il y a rupture au niveau de la charnière.

Le mécanisme de l'écrasement est différent : dans ce cas, des

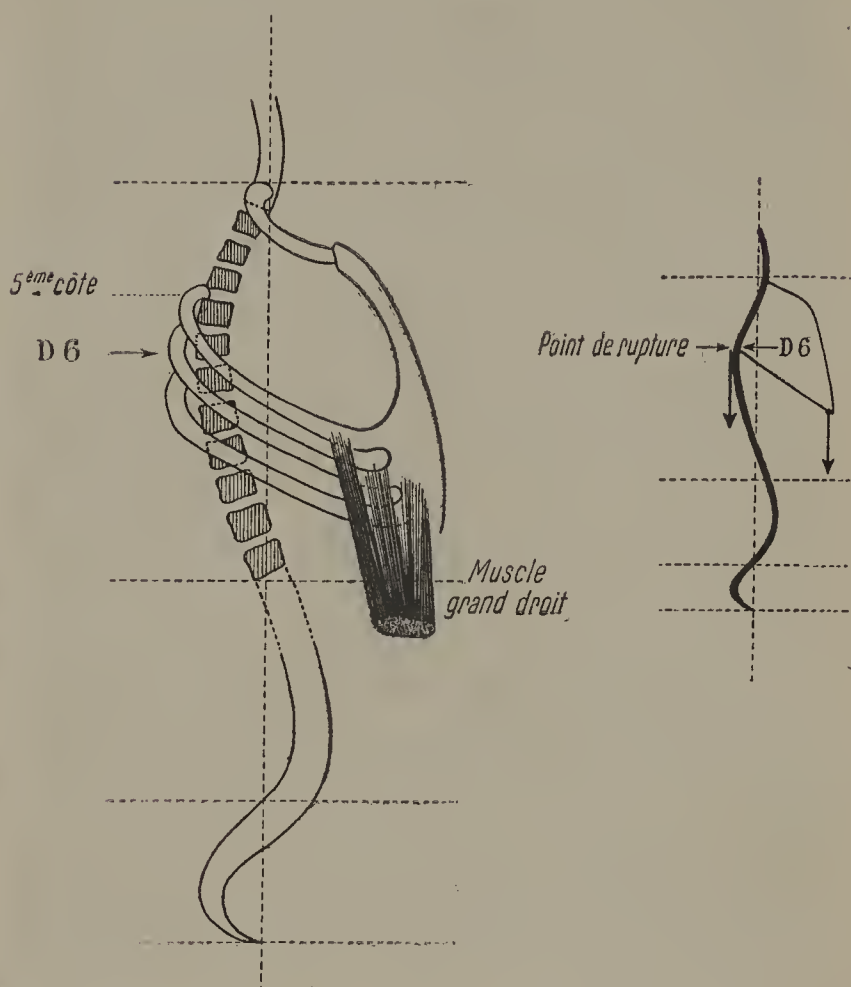


FIG. 3

pressions verticales violentes tendent à rapprocher les deux extrémités du rachis sans le fléchir (chute sur le pôle inférieur de la colonne). Les vertèbres sont serrées entre deux pressions contraires, dont l'effet est à son maximum à la hauteur du point d'inflexion, c'est-à-dire D12, L1 ; à ce niveau, le corps vertébral subit un tassement.

Ainsi, neuf fois sur dix, dans les fractures indirectes de la colonne, le siège de la rupture occupe la première lombaire ou la deuxième dorsale.

Contrairement à ces données, les fractures de la colonne provoquées par la convulsivothérapie se font presque toujours au niveau de D5, D6. Le mécanisme de production explique ce siège particulier. En effet, la contraction d'une part des muscles extenseurs des gouttières et d'autre part des muscles abdominaux, principalement des grands droits, serre fortement les vertèbres les unes contre les autres. Mais seul, ce mécanisme serait insuffisant pour provoquer un écrasement s'il ne s'y ajoutait une tentative de flexion de la colonne en avant : les muscles grands droits s'insèrent à la partie antérieure de la base thoracique sur les extrémités des 5^e, 6^e et 7^e côtes. Leur contraction tend à fléchir la partie supérieure de la colonne sur la partie inférieure en se servant des côtes comme bras de levier (fig. 3). La charnière de ce mouvement ne peut être qu'en D5, D6. En effet, d'une part la colonne dorsale jusqu'à D6 est maintenue fixée par la contraction des différents muscles thoraciques, le thorax jouant en quelque sorte le rôle d'attelle ; d'autre part, la colonne dorsale au-dessous de D6, et la colonne lombaire sont solidement maintenues en arrière par des muscles particulièrement puissants, puisque c'est grâce à eux que l'homme peut se tenir dans la station debout.

Les deux vertèbres constituant la charnière de ce mouvement ont ainsi à supporter une pression importante et une flexion en avant. Ce mécanisme explique que, lors des contractions musculaires de la crise convulsive, le point de rupture soit situé sur D5, D6 et non sur D12, L1, siège habituel des fractures de cause indirecte.

De plus, c'est pendant la phase clonique que se produit la rupture vertébrale. En effet, ce n'est qu'au cours de cette phase que se trouvent réalisées les conditions nécessaires à la rupture, c'est-à-dire une pression importante sur les vertèbres et une flexion de la colonne en avant.

Pendant la phase tonique, la tête se renverse en arrière, le corps est allongé ou même arqué en opisthotonos. Non seulement il n'y a pas de flexion de la colonne mais il y a plutôt hyperextension.

Au contraire, pendant la phase clonique, la contraction des muscles abdominaux semble l'emporter sur celle des muscles dorsaux et chaque secousse musculaire a tendance à soulever du plan du lit la partie supérieure du thorax en fléchissant en

avant la colonne dorsale. Ainsi se trouvent réalisés les deux mécanismes de production : la pression vertébrale et la flexion forcée.

Manœuvre permettant d'éviter les accidents. — L'étude anatomique et pathogénique de ces accidents nous a incités à employer une manœuvre rendant le traitement moins dangereux.

Connaissant les forces qui agissent sur les éléments de la colonne, nous avons tenté de diminuer leurs effets en nous opposant à elles. Des deux mécanismes agissant sur la colonne, celui de flexion est le seul que l'on puisse contrecarrer. Pour cela, immédiatement après le passage du courant électrique, alors que le malade est dans la phase tonique, l'opérateur et l'aide chargé de maintenir les électrodes, chacun d'un côté, glissent une main sous la région dorsale, au niveau de D6, et soutiennent la colonne, tandis que de l'autre main, fermement mais non brutalement, ils appuient sur la face antérieure des épaules pour s'opposer à la flexion de la colonne en avant.

Cette manœuvre s'oppose à l'exagération de la courbure dorsale au niveau de D6. Elle ne gêne en rien les diverses contractions musculaires.

Dans tous les cas où nous l'avons employée correctement, nous n'avons eu à déplorer aucun accident vertébral.

Conclusions. — 1) Ces observations soulignent donc la possibilité de fractures vertébrales provoquées par le cardiazol ou l'électro-choc. Le plus souvent il s'agit de lésions osseuses très bénignes, se traduisant cliniquement par des signes discrets, et pouvant facilement passer inaperçues sur les radiographies, surtout si les clichés n'ont pas été pris sous une certaine incidence.

De véritables fractures avec tassement vertébral peuvent aussi se voir. Ces cas sont heureusement peu fréquents.

2) Une musculature assez développée semble nécessaire pour provoquer des accidents vertébraux, mais la contraction musculaire seule est impuissante à les produire s'il n'existe pas une fragilisation du squelette : décalcification, lésions anciennes de la colonne.

3) Le mécanisme de production explique que ces fractures se font presque toujours au niveau de D5, D6, et que c'est au cours de la phase clonique que se trouvent réalisées les conditions nécessaires à la rupture.

Une manœuvre de contention s'opposant à l'exagération de la courbure dorsale de la colonne pendant la phase clonique permet de diminuer la fréquence de ces accidents.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 24 Avril 1944

Présidence : M. LHERMITTE, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 13 mars 1944 et le procès-verbal de la séance du 27 mars 1944 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuserite comprend :

une lettre de M. Jean DELAY qui s'excuse de ne pouvoir présenter son rapport sur la candidature de M. le Professeur Riser au titre de membre correspondant national : l'élection est reportée à la séance ordinaire de mai ;

des lettres de MM. CARROT, DUCHÈNE, FOLLIN, GISCARD, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* de la Société.

Communication du Secrétaire général

Le *Secrétaire général* informe la Société que le Dr René CHARPENTIER, Rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, ayant pu reprendre le rythme antérieur de la publication (10 numéros par an), estime pouvoir disposer de plus de place pour les Comptes rendus des séances de la Société. En conséquence, la longueur des communications pourra atteindre quatre pages.

Seules continueront d'être acceptées les communications des membres de la Société, présentées directement par leurs auteurs.

Le *Président*, au nom de la Société, remercie M. René CHARPENTIER des efforts que le Rédacteur en chef des « Annales » poursuit inlassablement dans des circonstances particulièrement difficiles.

COMMUNICATIONS

Le délirant chronique et l'anthropométrie, par MM. J. DUBLINEAU et GOURMELON.

Parmi les délires chroniques, certains sont systématisés, d'autres ne le sont pas, ou ne le sont plus. Les premiers répondent à ce qu'on est convenu d'appeler la paraphrénie (1), les autres à l'état paranoïde.

Sélectionnant, sur un groupe de 200 aliénés, un groupe de 71 délirants chroniques plus ou moins caractérisés, nous avons naguère, nous en tenant aux données d'une appréciation morphologique visuelle, retrouvé cette notion, plus ou moins implicitement connue, qu'existaient entre les deux types de délirants des différences morphologiques notables. Nos résultats étaient les suivants :

Types morphologiques francs (c'est-à-dire présentant à l'analyse morphologique un type dominant dans une proportion de 70 % au moins) :

Etat paraphrénique : 23 cas comprenaient 5 athlétiques, 13 pycniques, 5 asthéniques.

Etat paranoïde : 9 cas comprenaient 0 athlétique, 4 pycniques, 5 asthéniques.

Types morphologiques irréguliers (c'est-à-dire dans lesquels la prédominance typologique est inférieure à 70 %) :

Etat paraphrénique : 25 cas comprenaient 9 athlétiques, 10 pycniques, 6 asthéniques.

Etat paranoïde : 14 cas comprenaient 3 athlétiques, 3 pycniques, 8 asthéniques.

L'étude anthropométrique apporte des précisions intéressantes à ces données.

(1) Pour les notions de paraphrénie et l'état paranoïde, qui ont révélé des divergences de points de vue lors d'une de nos précédentes communications, nous nous en tenons à l'interprétation exposée dans la thèse de B. FREY : « Conception de Krapelin et conceptions françaises concernant les délires systématisés chroniques », *Thèse Strasbourg*, 1923.

Nous apportons ici les résultats de 32 mensurations effectuées chez cinq sujets de chaque sorte, selon la technique mentionnée dans une note antérieure (1).

Les sujets se répartissaient comme suit :

Etat paraphrénique :

1° P..., 53 ans. Idées de persécution et de grandeur remontant à plusieurs années, éthylisme chronique.

2° C..., 38 ans. Délire systématique de persécution, troubles psycho-sensoriels remontant à plusieurs années. Télévision.

3° A..., 54 ans. Délire hallucinatoire systématique avec troubles psycho-sensoriels. Début par épisode subaigu en 1942.

4° K..., 43 ans. Délire hallucinatoire à début par troubles du caractère remontant à une quinzaine d'années. Mégalomanie.

5° R..., 74 ans. Délire hallucinatoire remontant à 25 ans. Hypomanie légère.

Etat paranoïde :

1° S..., 30 ans. Schizophrénie à type de dissociation. Troubles psycho-sensoriels asystématiques.

2° S..., 38 ans. Délire dissociatif massif. Néphrite azotémique en 1933.

3° G..., 34 ans. Dissociation paranoïde remontant à plusieurs années. Apragmatisme.

4° M..., 48 ans. Délire mégalomaniac asystématique remontant à 25 ans environ.

5° D..., 43 ans. Délire asystématique consécutif à une série d'accès délirants (le premier à 35 ans).

Les résultats furent les suivants pour chaque moyenne de 5 cas :

Etat paraphrénique :

12 mesures non significatives (composantes normotypiques).

11 mesures de type pyénique.

4 mesures de type athlétique.

4 mesures de type asthénique.

1 mesure commune aux types pyénique et athlétique, soit, au total, une prédominance pyénique, à laquelle il faut ajouter un nombre aussi important de mesures non significatives.

Etat paranoïde :

3 mesures non significatives.

13 mesures de type asthénique.

(1) V. J. DUBLINÉAU. — Aperçus anthropométriques sur quelques types d'anormaux caractériels. *Société médico-psychologique*, 28 février 1944.

9 mesures de type pyénique.
 7 mesures de type athlétique,
 soit, au total, une prédominance asthénique.

Les 8 indices calculés comme dans la publication antérieure (2) se présentent comme suit (expression en écarts réduits).

	Type paraphrénique	Type paranoïde
Indice de Pignet	— . 76 (pyénique) σ	+ . 76 (asthénique) σ
— du tronc	— . 23 (pyénique)	— . 77 (asthénique)
— céphalique ...	+ . 04 (normotype)	+ . 27 (asthénique)
— mandibulo -		
zygomatique	— . 19 (pyénique)	— . 80 (asthénique)
— latérocéphali -		
que	+ 1,08 (athlétique)	— . 69 (asthénique)
— facial	— . 99 (athlétique)	— . 68 (athlétique)
— nasal	+ . 63 (asthénique)	+ . 41 (asthénique)
— skélique	+ . 57 (asthénique)	— . 44 (athlétique)

Au total :

1° Type paraphrénique :

- 1 indice sans signification.
- 3 indices de signification pyénique.
- 2 indices de signification asthénique.
- 2 indices de signification athlétique.

2° Type paranoïde :

- 6 indices de signification asthénique.
- 2 indices de signification athlétique.

En résumé, la proportion asthénique, tant à l'examen direct qu'à l'examen anthropométrique, est la plus importante chez les sujets du type paranoïde (délirants chroniques, incohérents, asystématiques).

La note pyénique prédomine chez les sujets présentant un délire chronique plus systématisé. Elle est toutefois fortement amenuisée par des valeurs de types divers.

Parmi ces dernières, une attention particulière doit être portée aux valeurs moyennes, figurant des composantes normotypes. On remarquera l'importance de ces derniers (12) chez le délirant chronique systématisé. Au contraire, elles sont seulement de 3 chez le délirant paranoïde. On retrouve la différence que nous avons notée dans le groupe des états émotionnels, entre l'émotivo-instable et le schizoïdo-schizophrène (richesse dans le pre-

mier, pauvreté du second en éléments normotypiques. Le délire chronique systématisé se présente plutôt comme une maladie, à tendance localisée, le délire non systématique comme un état lié à l'ensemble de la personnalité. La désagrégation est d'autant plus poussée que le sujet (et cette *double* condition est nécessaire) 1° tend vers le type asthénique ; 2° présente moins de valeurs normotypiques. Tous les types de délires chroniques peuvent s'observer depuis la paraphrénie anatomiquement localisée (délires de persécution post-malariathérapiques, par exemple) et les états paraphréno-paranoïdes. Tout se passe comme si, dans ces derniers, la proportion normo-pyénique, ou plutôt normo-pycno-athlétique, commandait le degré de résistance du sujet à la dissociation psychomotrice.

La sédimentation sanguine au cours de psychoses diverses, par MM. Maurice HYVERT et Jean HENRY-D'OLLIÈRES

On observe souvent un ensemble de symptômes qui imposent l'idée d'un état infectieux subaigu ou chronique chez de nombreux malades au début des syndromes psychopathiques les plus divers et par poussées au cours de l'évolution. Il s'agit le plus souvent d'une légère élévation thermique, accompagnée d'une atteinte plus ou moins marquée de l'état général, avec parfois de la polynucléose, le plus habituellement de la mononucléose sanguine. Le test tuberculinique préconisé par Jacquelin est positif dans plus de 70 % des cas et la chrysothérapie très persévérante provoque des améliorations considérables et empêche les rechutes (1). En outre, on constate très fréquemment dans les antécédents l'existence d'un petit épisode tuberculeux. On est donc tenté de faire jouer un rôle étiologique important aux états tuberculeux abortifs, invoqués par quelques auteurs comme cause de nombreuses affections chroniques, de nature inconnue.

On conçoit l'intérêt qui se dégage de l'accumulation de documents variés sur cette question et la vitesse de la sédimentation sanguine paraît *a priori* constituer un test de haute valeur, susceptible d'avoir une grande influence sur l'orientation des recherches. En effet, pour la plupart des auteurs et en particulier pour Jean Barbier et Gabriel Picquet (2) une mauvaise sédi-

(1) *Annales médico-psychologiques*, mai 1939, mai 1940, avril, octobre et décembre 1942.

(2) J. BARBIER et G. PICQUET, — *La sédimentation sanguine*, Masson, 1940.

mentation, si l'on excepte la grossesse, la néphrose lipoidique et certains états hépatiques, est l'indice certain d'une maladie infectieuse subaiguë ou chronique. Elle est d'autant plus troublée que l'infection a plus atteint l'état général, mais elle n'a de valeur pronostique que lorsqu'elle se modifie progressivement. Elle suit donc fidèlement la marche de l'état infectieux. Dans les infections aiguës elle est sans intérêt, car les symptômes cliniques la dépassent de beaucoup en importance. Elle trouve par contre toute sa valeur dans les infections subaiguës ou chroniques, où, en l'absence fréquente de symptômes généraux, elle devient une recherche de premier plan et l'on sait tout l'intérêt que lui accordent les phthisiologues.

Si nos interprétations antérieures sont exactes, nous devons donc nous attendre à observer fréquemment des accélérations de la vitesse de la sédimentation au cours de nombreuses psychoses de cause inconnue.

La technique employée a été celle de Césari-Cordier-Chaix. Cinq centimètres cubes de sang prélevés au pli du coude sont mélangés à 4 ou 5 dixièmes de centimètre cube d'une solution de citrate de soude à 5 %. On en remplit un tube à hémolyse qu'on abandonne dans la position verticale. La lecture est faite au bout d'une heure à l'aide d'un centimètre ou d'une abaque facile à construire. On note la proportion entre le plasma qui surnage et la hauteur totale de la colonne sanguine. Cette lecture donne des chiffres différents de la méthode de Westergren où les résultats s'inscrivent en millimètres. Une sédimentation est normale entre 3 % et 8 % (10 % chez la femme). Elle est médiocre à 15 % et mauvaise au-dessus de 30 %. D'après Barbier et Picquet les causes d'erreur sont des plus minimes ; cependant, pour les réduire encore, il vaut mieux effectuer l'examen à jeun, au repos et en dehors de la période des règles.

Les recherches ont porté sur 98 malades, n'ayant aucun signe de tuberculose au moment de l'examen et comprenant 53 déments précoces, 1 catatonique, 23 psychoses hallucinatoires, 12 psychoses maniaques-dépressives, 7 confusions plus ou moins atypique et 2 délires aigus. 96 malades, soit près de 98 %, ont présenté des sédimentations mauvaises ou médiocres, allant de 15 % à 65 %. Il s'agit donc de chiffres élevés indiquant une atteinte profonde de l'état général.

Les deux chiffres normaux se rapportaient à deux femmes, dont l'une avait un syndrome d'inhibition réactionnelle qui a cédé à un électro-choc et dont l'autre avait présenté un syndrome



hallucinatoire en voie d'amélioration et qui depuis a évolué vers la guérison.

Les malades guéris ou améliorés, sauf ceux chez qui sont apparus ultérieurement des signes d'imprégnation bacillaire avaient des chiffres plus bas que les autres : 15 à 30 %, mais aucun n'a présenté de sédimentation normale au moment de la sortie.

Chez les malades à évolution oscillante, la sédimentation a varié comme le syndrome clinique. Voici par exemple des chiffres observés chez des déments précoces à variations périodiques : 32, 8, 50, 15, 60, pour l'un ; 17, 12, 12, 50, 25, 26, pour un autre ; 23, 5, 30 pour un troisième.

Des résultats très différents ont été observés chez les malades fixés. La plupart d'entre eux avaient des chiffres assez élevés : 40 à 60 %. Mais plusieurs d'entre eux ont présenté des sédimentations momentanément normales et quelques-uns des sédimentations à peine médiocres (12, 13, 14 %). On peut interpréter cela comme le signe d'une atténuation de la maladie causale tandis que la psychose devient une séquelle. Cependant le petit nombre des cas observés (6) n'entraîne aucune conclusion et le mauvais état général actuel des vieux malades n'a pas permis d'entreprendre des recherches à ce sujet.

Dans les états à évolution progressive, les résultats de la sédimentation sont, eux aussi, progressifs. Par exemple : 17, 35, 47, 55, 60 chez une hétéro-psychose qu'aucun traitement n'a pu modifier.

Les confusions mentales ont donné des résultats inattendus. Dans un certain nombre de cas la nature infectieuse est assez facilement admise. Or, la sédimentation, tout en indiquant l'existence d'un état infectieux, donne des chiffres plus bas que ceux que l'on observe chez des malades atteints d'autres psychoses : 17, 34, 23, 27, 20, 30, 17. Par contre, les deux délires aigus avaient des sédimentations très mauvaises : 50 et 60 %.

Les mélancoliques ont présenté constamment des chiffres plus importants que les maniaques : par exemple 57, 60, 64 pour les premiers et 20, 25, 27, 35 pour les seconds. Deux manies périodiques ont été particulièrement instructives par ce fait que leurs sédimentations étaient normales pendant les périodes de rémission ; pour l'une d'elles : 20, 7, 20, 10, 25 ; pour l'autre : 8, 50, 10, 45, 7. Cette constatation a eu pour cette dernière des conséquences thérapeutiques heureuses.

Ainsi qu'on le voit, les résultats obtenus par la sédimentation sanguine ont confirmé entièrement ceux qu'ont montrés les

recherches antérieures. Si l'on se fiait aveuglément aux faits observés, on pourrait dire que presque tous les malades examinés doivent être considérés comme atteints d'un important état infectieux chronique. Ces résultats dépassent ce que l'on pouvait espérer. Ils nous orientent plus fermement vers la recherche d'éléments infectieux à la base des psychoses les plus diverses. Il est en effet intéressant de constater une fois de plus que, dans ce domaine, le diagnostic importe peu et c'est ce que nous avaient déjà appris la courbe de température et le test tuberculinique. Dans de tels états on est amené à considérer la psychose comme une réaction individuelle à une cause peut-être unique. Il se confirme donc qu'une thérapeutique anti-infectieuse doit souvent accompagner la convulsivothérapie ou la psychothérapie et les résultats obtenus par les sels d'or apparaissent moins mystérieux.

DISCUSSION

M. HAZEMANN. — Je signale l'intérêt de la recherche de l'haptoglobinémie qui présente de l'intérêt en matière de tuberculose.

M. RONDEPIERRE. — L'étude de la sédimentation, pratiquée avec M. Truhaut chez 12 femmes et 7 hommes avant et après électrochoc, ne nous a pas fourni, dans le cadre des améliorations constatées, d'éléments valables pour le diagnostic et le pronostic des états psychopathiques.

M. SOULAYRAC. — Pour apprécier la valeur de la sédimentation, il est intéressant de connaître les causes d'infection connexes et extérieures à la psychose (affections bucco-pharyngées, gastro-intestinales, etc.). La sédimentation est, en effet, un phénomène délicat et sensible.

M. LIERMITTE. — Avec Deny et Canus, j'ai recherché autrefois l'état du sang dans les différents types de démence précoce. Au début de la maladie on trouvait, surtout dans l'hébéphrénocatatonie, une anémie avec hypoglobinémie, diminution de la valeur globulaire, leucocytose et mononucléose. Puis, dans un deuxième stade, tout redevenait normal. La polynucléose prédominait plutôt. Enfin, dans un troisième stade (stade terminal), les signes sanguins redevenaient ce qu'ils étaient au début.

Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouvait au début une monocytose faible avec légère hyperalbuminose.

Ces faits nous avaient incités à rechercher une cause infectieuse à la démence précoce, et c'est sur la tuberculose que nos efforts se sont portés.

M. DUBLINEAU. — Nous avons publié dans la thèse de Kerfridin (Paris, 1934) les résultats de nos investigations touchant quelques

variations de la sédimentation globulaire au cours de la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans la démence précoce. Déjà l'étude de la réaction de Vernes à la résorcine nous avait révélé une évolution de la courbe qui, dans une certaine mesure, s'avèrait avoir quelque valeur pronostique. L'étude de la sédimentation semblait donner, sous réserve de quelques discordances, des résultats du même genre.

**La « proportion névrotique » et la « schizothymie »
de Kretschmer, par M. J. DUBLINEAU.**

En suivant le développement des conceptions kretschmériennes, dans l'esprit, tant de leur auteur que des adeptes de sa méthodologie, on observe l'importance croissante prise, à côté des formules pycniques et lepto-asthéniques, par le type athlétique. L'étude de l'évolution morphologique du jeune, certaines précisions apportées à l'analyse morphologique, la connaissance des correspondances psychosomatiques et somatomorbides, conduisent, entre autres considérations, à accroître encore l'importance de l'athlétique et à voir en lui l'antithèse de l'asthénique. Le pycnique figure une forme de transition et de relative indifférenciation : il participe (quoique sur un plan moindre) des mêmes méiopragies que l'asthénique. Il se situe de toutes façons, et comme l'asthénique, en deçà d'un normotype qu'il faut, croyons-nous, individualiser également.

Cette compréhension entraîne un regroupement des données caractérologiques. En parlant des comportements élémentaires du jeune inadapté, on constate que les types de conduite se polarisent autour de deux formules affectivomotrices. L'une tend à la dispersion et à la dissociation de l'individu, accroît la labilité et rend difficile la synthèse mentale. L'autre tend à exagérer la concentration. Dépasant les limites d'une synthèse mentale normale, elle favorise l'explosivité et la stase.

Les sujets du premier type se rapprochent de la morphologie asthénique, ceux du second type de la morphologie athlétique, étant entendu que la masse des individus est faite de l'équilibre entre les deux tendances, ou « structures » fondamentales. La pycnicité, par ses relations avec la thymie et ses rythmes, n'entre pas en jeu dans l'étude de ces structures. De sorte qu'au total, le problème caractérologique structural se situe uniquement à l'intérieur du cadre « schizothymique » initial de Kretschmer. Certes, dans ses dernières éditions, cet auteur s'est rallié à l'exis-

tence d'un tempérament visqueux, spécial à l'athlétique, mais, dans l'ensemble, la description qu'il a gardée du schizothyme a peu varié. De sorte que, pour ce qui nous occupe ici, le problème reste inchangé.

Les états schizothymiques comprennent en réalité une double série de faits :

1° d'une part des états structuraux élémentaires, exprimant en quelque sorte, en plus ou en moins, sur le plan de la synthèse psycho-motrice, des déviations (normales par rapport à un normotype idéal), dans des façons de penser, de sentir, d'agir, elles-mêmes conformes à celles de la masse des individus ;

2° d'autre part, des formules particulières qui représentent des appréciations non plus quantitatives, mais qualitatives du comportement. Non seulement la synthèse mentale est troublée, mais il se surajoute à ce trouble un facteur nouveau, qui sépare le sujet des autres, en fait un type spécial bizarre. Ce facteur assigne à l'individu une *note névrotique*.

Dans la classification constitutionnelle française, ces déviations névrotiques sont plus ou moins clairement exprimées et schématisées par les notions de schizoïdie et de paranoïa. Les descriptions tendent à éloigner notablement l'un de l'autre ces deux types psychologiques. Seuls certains auteurs d'inspiration psychanalytique (Codet, Pichon, Lafforgue) se sont intéressés, avec la notion de *schizonoïa*, à leurs points de rapprochement.

Ce sont ces mêmes points qui se retrouvent dans la schizothymie de Kretschmer. Cette dernière continue à comprendre — et l'auteur le reconnaît explicitement — des ordres de faits très différents. Le paranoïaque semble s'y intégrer autant que le schizoïde tel que nous le comprenons en France. Or, d'une part, on a raison chez nous d'individualiser très nettement le schizoïde et le paranoïaque. D'autre part entre l'un et l'autre existent des points communs, et Kretschmer a raison de les solidariser sous un signe commun, celui de la schizothymie.

La divergence des points de vue nous paraît liée uniquement aux différences du terrain sur lequel se manifeste la déviation névrotique. En d'autres termes, il y a, au point de vue caractérologique, un comportement de base, de type concentré ou labile, et, sur ce comportement, dans certains cas, et dans une certaine mesure, une *proportion névrotique* surajoutée (ou, comme dit Kretschmer, « intercalée »). Cette dernière se reconnaît à des caractères communs. Elle prend, suivant le type structural d'apparition, un aspect particulier, paranoïaque chez le concentré,

schizoïdie chez le labile, schizonoïaque chez l'ensemble des individus qui participent, pour une proportion variable, des deux structures fondamentales.

A une rapide analyse, les caractères principaux communs aux deux états pourraient être les suivants :

1° *Taciturnité*, qui prend un caractère d'indifférence autistique chez le schizoïde, de réserve hostile chez le paranoïaque.

2° *Exaltation de l'égotisme*, avec prédominance, chez le schizoïde, de l'humilité sur l'orgueil, et chez le paranoïaque, de l'orgueil sur l'humilité.

3° *Limitation des rapports avec l'ambiance* (non participation aux intérêts du milieu chez le schizoïde, méfiance et revendication chez le paranoïaque) (1).

4° *Réduction des contrôles psychiques et tendances délirantes*, à type de rêverie compensatrice ou de créations asystématiques, par absence de synthèse, chez le schizoïde, de persécution active et systématique chez le paranoïaque.

5° *Conduites érotiques particulières*, avec recherche d'un absolu qui aboutit à des rêveries sentimentales apragmatiques chez le schizoïde, à des jalousies froides ou passionnelles, mais, en tout cas, exclusives chez le paranoïaque.

En résumé, l'étude caractérologique comporte :

1° d'une part la détermination, par l'étude, conjointe, morbo-psycho-morphologique, des structures fondamentales, ou plutôt de la « proportion structurale ».

2° D'autre part, la recherche des éléments particuliers, qui colorent cette structure. Parmi ces derniers la « proportion névrotique » figure comme un des plus importants, puisqu'elle oriente sur une mentalité prépsychotique, avec, certes, les risques y attachés, mais aussi les avantages qu'une éducation bien menée peut en tirer, en les utilisant.

(1) Cette non-participation à l'ambiance est *primitive* chez le paranoïaque. Comme tous les sujets à tendance concentrative, ce dernier est en effet nettement et précocement séparé du monde extérieur par l'affirmation tôt affirmée de sa personnalité.

La non-participation serait plutôt *secondaire* chez le schizoïde. La labilité structurale de ce dernier concorde souvent en effet avec une arriération affective, qui prolonge chez l'adulte la participation à l'ambiance (considérée à juste titre par Wallon comme un des facteurs sociologiques essentiels du premier âge). Dans ces conditions (pour autant qu'on puisse admettre une explication psychogénétique), la non-participation du schizoïde, traduite par la notion d'autisme, nous paraît due au sentiment de l'infériorité qui révèle au sujet à psychisme labile l'insuffisance de ses moyens biologiques de synthèse.

Répartition des groupes sanguins en fonction des types morphologiques dans un service psychiatrique, par M. J. DUBLINEAU.

I. La répartition des groupes sanguins dans la population française est en moyenne la suivante, d'après Dujarric de la Rivière et Kossovitch (1) :

A	O	B	AB
42,6	43,2	11,2	3

Pour la population parisienne, elle serait la suivante (2) :

	A	O	B	AB
Kossovitch et Canal	46,7	42,5	8,2	2,6
Dujarric de la Rivière et Kossovitch	42,3	39,8	11,8	6,1
Parr.....	41,4	40,9	10	7,7
Weil.....	45	43	10	2

II. Nous avons pratiqué, de juillet 1942 à avril 1944, 535 déterminations de groupes sanguins chez les malades de notre service.

Une première série de déterminations, portant sur 305 cas de juillet 1942 à août 1943, donna les résultats suivants :

Groupe A	152 dont 17 douteux (3) soit ..	50 %
Groupe O	118 dont 3 douteux soit	38 %
Groupe B	21 dont 4 douteux soit	6,8 %
Groupe AB ...	14, soit	4,5 %

ou en enlevant les cas douteux :

A	O	B	AB
135	115	17	14
48 %	40,9 %	6 %	4,9 %

Une deuxième série de déterminations, d'août 1943 à avril 1944, et portant sur 230 cas, donna les résultats suivants :

Groupe A	111, dont 10 douteux, soit ..	48,2 %
Groupe O	96,	41,7 %
Groupe B	14, dont 2 douteux, soit ..	6,08 %
Groupe AB ...	9	3,9 %

(1) *Les groupes sanguins.*

(2) KOSSOVITCH (N.) et CANAL (J.). — Répartition des groupes sanguins chez les Parisiens. *C.R. Soc. biol.*, CXXXVI, 1942, p. 108.

(3) Nous désignons par douteux des cas dans lesquels se produisent avec le second sérum des figures tardives évoquant très imparfaitement une agglutination fruste, évoquant sur le bristol, à l'état sec, un groupe AB incertain.

ou en enlevant les cas douteux :

A	O	B	AB
101	96	12	9
46,3 %	44 %	5,5 %	4,1 %

La moyenne générale est la suivante :

Groupe A	263, dont 27 douteux, soit ..	49,1 %
Groupe O	214, dont 3 douteux, soit ...	40 %
Groupe B	35, dont 6 douteux, soit	6,5 %
Groupe AB ...	23	soit ... 4,2 %

ou en enlevant les cas douteux :

A	O	B	AB
236	211	29	23
47,2 %	42,2 %	5,8 %	4,6 %

Au total, et en toute hypothèse, deux séries de déterminations donnent chez nos aliénés des résultats concordants : à savoir, augmentation relative de la prédominance du groupe A. Cette prédominance avait d'ailleurs été déjà signalée par Kossovitch, Brousseau et Mlle Buisson chez les aliénés médico-légaux (1), puis par Kossovitch et Sérane (2) chez les déments précoecs.

III. Nous avons étudié un certain nombre de ces sujets (149) au point de vue typologique, en déterminant selon notre technique habituelle la *proportion typologique*, telle qu'elle se dégage de l'analyse morphologique visuelle des individus.

a) Sur ces 149 sujets, 86 avaient une proportion dominante égale au moins à 50 % de l'appréciation morphologique générale. Chez ces 84 sujets les groupes se répartissent comme suit :

	Nombre de sujets	A	O	B	AB
Asthéniques	21	13	7	1	0
Athlétiques	23	10	12	0	1
Pycniques	36	21	13	0	2
Normotypes	6	4	1	1	0

Ainsi les proportions du groupe O sont de 33,3 % pour l'asthénique, 52 % chez l'athlétique, 36,1 % chez le pycnique, 16,6 % chez le normotype.

Au total, dans une population où prédominent nettement les groupes A, le classement des groupes par types morphologiques accuse un renversement de la proportion significatif à plusieurs titres :

(1) C.R. Soc. biol., CXXXIV, 1940, 82.

(2) C.R. Soc. biol., CXXXV, 1941, 173.

1° pourcentage de groupes O supérieur chez les athlétiques, non seulement à la moyenne des internés du service, mais encore à la moyenne générale de la population saine ;

2° pourcentage de groupes O minimum chez l'asthénique et intermédiaire chez le pyénique. (Nous ne retenons pas ici les résultats du normotype, qui portent sur un trop petit nombre de cas).

b) Le caractère de ces résultats apparaît comme plus significatif encore si l'on effectue la même recherche en abaissant de 59 à 40 % le minimum de dominance typologique.

Dans ces conditions, le nombre des sujets considérés s'élève de 86 à 128. Quant à la nouvelle répartition des groupes elle s'effectue comme suit :

	Nombre de sujets	A	O	B	AB
Asthéniques	29	17	11	1	0
Athlétiques	35	17	15	0	3
Pyéniques	54	30	20	2	3
Normotypes	10	5	3	1	1

Les proportions du groupe O sont ici de 37,9 % pour l'asthénique, 42 % chez l'athlétique, 37 % chez le pyénique, 30 % chez le normotype.

Elles tendent en résumé à l'égalisation sous l'influence d'un nombre plus grand de formules typologiques moyennes. Toutefois, ici encore, on note une prédominance relative du groupe O chez les athlétiques.

IV. Tout se passe au total comme si le sérum des sujets athlétiques était doué d'un pouvoir de résistance particulier à l'agressivité de sérums A et B. Au contraire, l'asthénique témoigne d'une particulière sensibilité à l'action des dits sérums.

La position du pyénique est, comme nous l'avons noté dans des domaines très divers, intermédiaire entre celle de l'asthénique et de l'athlétique.

En admettant que des faits de cet ordre soient confirmés par des recherches plus étendues, leur interprétation est assez délicate. La proportion des groupes varie en effet, comme on sait, suivant les populations. Nous n'avons donc en vue ici que la population parisienne. Mais, dans ces limites, et sans méconnaître que d'autres facteurs seraient sans doute à envisager nous nous demandons s'il n'est pas permis de voir dans les résultats précédents l'un des aspects biologiques de la résistance générale, caractéristiques du type athlétique.

La résistance biologique et la compréhension des problèmes psychopathologiques, par M. J. DUBLINEAU.

Dans l'étude de la « résistance biologique », les données psychopathologiques ne doivent être envisagées que comme des modalités de problèmes plus généraux. Inversement, elles apportent pour la connaissance de ces dernières des documents intéressants (1).

L'activité psychique est sollicitée par deux tendances contraires : la dissociation et la concentration (2), la diminution et l'excès de la synthèse mentale, la labilité et la viscosité, la diffusion et la stase. Cette bipolarité se retrouve dans tous les domaines de l'activité sensorio-motrice. Elle se retrouve en proportion variable chez le même sujet, auquel elle confère, de par cette notion de « proportion », une formule structurale propre.

Cette formule se retrouve expérimentalement dans l'étude des conditionnements psychomoteurs (3).

Il existe une relation statistique entre le comportement psychique et la morphologie. A la concentration excessive, à la stase, répond le type athlétique, à la labilité, le type asthénique. Le normotype est intermédiaire aux types asthénique et athlétique. La pyénicité intervient sur un autre plan : elle est plus en relation avec l'humeur qu'avec une structure mentale donnée. Elle représente, par rapport au normotype, une formule mal différenciée, rappelant les types infantiles, chez lesquels elle est normalement prédominante (4).

Les notions de labilité et de concentration trouvent leur expression la plus évidente dans les formules caractérologiques des déséquilibrés (adultes ou enfants). Le sujet a des réactions d'autant plus limitées, précises, soit sur le plan moteur (impulsivité), soit sur le plan affectif (état passionnel) qu'il tend davantage à la concentration. Or, la dominante morphologique est athlétique chez l'impulsif, asthénique chez l'émotivo-instable (5).

(1) L'allergie en psychiatrie. Conférence à la Clinique des Maladies Mentales, 21 février 1942.

(2) Valeur nosologique des troubles du caractère. *Annales médico-psychologiques*, 1941 (II), p. 332.

(3) Recherche de typologie réflexologique. *Biotypologie*, 1939, VII, pp. 81-113.

(4) L'évolution morphologique de l'adolescent. *Société médico-psychologique*, 28 février 1944.

(5) Aperçus anthropométriques sur quelques types d'anormaux caractériels (avec GOURMELON). *Société médico-psychologique*, 28 février 1944.

La structure elle-même oriente la formule psychopathologique, qu'il s'agisse d'états pré-psychotiques (schizoïdie au cas de labilité, paranoïa au cas de concentration) (1) ou de psychoses vraies (schizophrénies ou états paranoïdes dans le premier cas, délires paraphrénoparanoïaques dans le second) (2).

Chez le délirant chronique, en effet, la formule du délire est d'autant plus précise, systématique, limitée sur un point que le sujet est plus concentré de par sa structure. Qu'il s'agisse d'état passionnel ou de système, le délire prend une forme « partielle » en ce sens qu'il n'entrave pas le jeu des fonctions biologiques et du pragmatisme général. La polarisation du thème protège le sujet (mais ce n'est là qu'une façon de s'exprimer) contre une désagrégation complète. Elle fait office, pourrait-on dire, d'abeès de fixation par rapport à l'ensemble de l'économie. En réalité, elle n'est elle-même que le résultat d'une résistance fonctionnelle de l'organisme. Cette résistance se traduit dans les tendances « concentratives » du sujet. Elle est réalisée morphologiquement moins par une participation athlétique (elle-même relativement faible) que par la richesse des facteurs normotypiques et la pauvreté de la teneur asthénique concomitante.

Dans un autre ordre de faits, mais dans le même ordre d'idées, les crises nerveuses sont d'autant plus violentes et complètes (émission d'urine, morsures de la langue, etc.), elles prennent un caractère d'autant plus limité que le sujet tend davantage vers la morphologie athlétique et l'explosivité psychique (3). Elles sont, pourrait-on dire, au moins sur le plan statistique, d'autant plus épileptiques que le sujet est fonctionnellement plus concentré. Une lésion cérébrale réalise d'ailleurs sur le plan anatomique cette concentration : l'épilepsie traumatique est telle parce qu'elle répond précisément à une limitation précise, inconnue par définition, de l'épilepsie dite essentielle.

II. Sur le plan *somatique*, le bilan de la lutte de l'organisme contre la maladie se juge au pourvoir qu'a l'organisme :

1° *De résister au facteur en cause* (infections, intoxications, etc.) :

a) d'une façon générale, l'athlétique appartient à des *lignées* de sujets bien portants ou chez lesquels les maladies n'étaient

(1) La « proportion névrotique » et la « schizothymie » de Kretschmer. *Société médico-psychologique*, 24 avril 1944.

(2) Le délirant chronique et l'anthropométrie (avec GORMELON). *Société médico-psychologique*, 24 avril 1944.

(3) Recherches sur 55 cas de crises nerveuses observées en milieu militaire. *Annales médico-psychologiques*, 1941, p. 399.

que la manifestation de localisations liées à un excès de concentration morbide (apoplexie cérébrale, par exemple). Au contraire, dans les lignées de l'asthénique, on retrouve une particulière fréquence de tuberculoses, vésanies, atteintes rhumatismales aiguës ou cardio-rhumatismales ;

b) en matière de *tuberculose*, la prédisposition, tant chez le psychopathe que dans sa lignée, est étroitement liée à la nature du trouble psychique, lui-même en rapport avec la morphologie du sujet ;

c) si l'on considère maintenant une intoxication comme l'*alcoolisme* (1), il est à peine besoin de rappeler l'importance du terrain dans l'appréciation de la tolérance, l'asthénique ne supportant pas les excès du pyéno-athlétique.

2° En cas d'altération organique, de limiter les dégâts, en localisant le foyer :

a) ces faits sont banaux en matière de *tuberculose* : les tuberculoses péricéphaliques sont en général interprétées comme des formes de résistance ;

b) la *syphilis méningo-encéphalique* nous offre un exemple typique d'une telle évolution. L'impaludation thérapeutique tertiairise les lésions. Celles-ci prennent un caractère limité, parfois gommeux. Si d'ailleurs un délire apparaît par la suite, ce délire prend lui aussi une forme limitée, paranoïaque plutôt que paranoïde.

Ce que réalise artificiellement l'impaludation, l'organisme le réalise spontanément. Le sujet, s'il doit faire une syphilis méningo-encéphalique, aura une forme d'autant plus limitée, tertiaire et d'autant moins « pégétique » qu'il aura une résistance biologique plus marquée.

Il peut s'agir d'une résistance constitutionnelle : cette résistance peut se manifester sous l'influence de facteurs obscurs : on connaît, dans une paralysie générale, le rôle fixateur d'un tabès surajouté, et, dans le tabès, le rôle fixateur d'une localisation particulière, le tabès-cécité. Plus précisément, la formule typologique oriente vers telle ou telle formule de syphilis encéphalique (plus grande fréquence de la paralysie générale classique chez les pyéniques).

Mais il peut aussi s'agir d'une résistance acquise : cas du sujet

(1) Recherches sur 100 malades entrés au « Service spécial des aliénés alcooliques » du Département de la Seine (avec H. DUCHÈNE). *Encéphale* XXXIV (II), pp. 275-311 (avec bibliographie).

qui, syphilitique et ancien paludéen, présente une forme fruste (démence mineure fixée, délire chronique) liée aux moyens de résistance que le paludisme lui a fournis (1) ;

c) pour reprendre enfin le cas de l'intoxication *alcoolique*, c'est un fait d'évidence que le sujet résistant est prédisposé soit à des localisations viscérales, soit à des troubles du caractère, qui ne sont d'ailleurs que l'accentuation de ses tendances concentratives initiales. Les troubles se traduiront volontiers chez lui par des accidents artériopathiques. Inversement, le buveur non tolérant arrive rapidement à des états de schizophrénie alcoolique, qui engagent d'emblée l'ensemble de sa personnalité.

III. *Au total*, l'expression clinique du trouble, sa tendance à la localisation, soit dans le domaine psychique, soit dans le domaine somatique, renseignent sur le degré de la résistance individuelle. Il est probable qu'existe une interrelation entre cette résistance, la formule typologique (prédominance athlétique) et, sous certaines réserves, la résistance des globules à l'action agglutinante de sérums d'autres groupes (prédominance du groupe O) (2).

Ainsi la constatation d'un syndrome psychopathologique vaut moins par le diagnostic du syndrome que par l'appréciation des facteurs de résistance qu'il suppose : facteurs à étudier sur le plan somatique et biologique ; facteurs à comprendre sur le plan héréditaire (étude de la lignée) comme sur celui des facteurs innés ou acquis (3).

(1) Le rôle de la syphilis cérébrale fruste dans la genèse de certains états psychopathiques de l'adulte. *Annales médico-psychologiques*, 1938 (II), juin.

(2) Répartition des groupes sanguins en fonction des types morphologiques dans un service psychiatrique. *Société médico-psychologique*, 24 avril 1944.

(3) Psychiatrie et biotypologie. *Annales médico-psychologiques*, 1942 (I), pp. 200-218.

COMITÉ SECRET

A 16 heures 30, la Société se réunit en Comité secret.

La séance est levée à 16 heures 30.

Le secrétaire général :
Jean DUBLINEAU.

SOCIÉTÉS

Société de neurologie de Paris

Séance du 6 janvier 1944

Craniopharyngiome et tumeur du 3^e ventricule associés, par M. R. KLEIN.

Femme de 34 ans présentant des troubles psychiques, une atrophie optique à prédominance bitemporale et, à la ventriculographie, une amputation du 3^e ventricule avec dilatation du reste du système ventriculaire. Tumeur kystique du ventricule médian et craniopharyngiome optochiasmatique. Entre ces deux tumeurs, qui ont probablement une origine commune, le plancher du 3^e ventricule était intact. La malade a présenté une montée laiteuse cinq jours après l'opération et a succombé six semaines après l'opération.

Anévrysme artério-veineux intracranien traumatique, par MM. F. THIÉBAULT, GUILLAUMAT et R. KLEIN.

Présentation d'une opérée d'un anévrysme artério-veineux intracranien développé après une chute de bicyclette et traité par la ligature de la carotide primitive gauche. Amélioration manifeste trois mois après. A noter la tolérance par le cerveau d'une ligature si proche (quatre mois) de l'accident, sans doute parce qu'il s'agissait d'une femme jeune, non artério-scléreuse.

Méningiome en plaque du ptérion, par MM. F. THIÉBAULT, R. KLEIN et LE JENTEI.

Présentation d'une malade atteinte d'une exophtalmie légère et d'une stase papillaire unilatérales, sans céphalée. La radiographie a mis en évidence un ostéome temporo-fronto-orbitaire. Il s'agissait d'un méningiome en plaque. L'ostéome a été enlevé partiellement et son point de départ réséqué. Le pronostic est bon, ces tumeurs ayant une évolution extrêmement lente.

Exophtalmie unilatérale au cours d'angiome du chiasma,
par M. R. THUREL.

M. R. Thurel montre que l'exophtalmie était due, dans ce cas, à la distension de la corne temporo-sphénoïdale du ventricule latéral et au refoulement de la paroi externe de l'orbite, constituée par la grande aile du sphénoïde, dont le bord antérieur n'est plus visible dans l'orbite sur la radiographie de face.

Céphalée pulsatile par distension de la corne frontale du ventricule latéral, par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

MM. Th. Alajouanine et R. Thurel rapportent un cas de céphalée pulsatile localisée à la région frontale gauche, survenant par crises et dépendant d'une distension de la corne frontale du ventricule latéral, consécutive à l'obstruction du trou de Monro par une tumeur du 3^e ventricule.

Sur la commotion médullaire simple, par M. J.-A. BARRÉ.

M. J.-A. Barré rapporte un cas de commotion médullaire simple après chute de deux mètres. La symptomatologie est restée purement déficitaire, sans phénomènes spasmodiques, même après un an. On notait quelques troubles sphinctériens et génitaux, des difficultés de la marche prolongée ; les réflexes étaient faibles, la sensibilité intacte. Les manœuvres de la jambe et du psoas étaient très nettes des deux côtés, ce qui a permis d'affirmer l'organicité du syndrome.

Algie fessière rebelle par neurofibrome radiculaire s'étant creusé une loge dans un corps vertébral et donnant une image de kyste vertébral, par MM. J. GUILLAUME, S. de SÈZE et MASSEBEUF.

Chez un malade ayant, depuis quinze ans, des douleurs fessières, sans signes neurologiques, les auteurs ont constaté un aspect kystique du corps de la 4^e lombaire. L'intervention a montré qu'il s'agissait d'un volumineux neurofibrome extradural de L5, qui s'était creusé par érosion une loge dans le corps vertébral. Ablation de la tumeur et section de la racine sensitive. Guérison immédiate des douleurs.

Syndrome de la queue du cheval par hernie discale ; sur la nécessité des laminectomies larges, par MM. J. GUILLAUME et S. de SÈZE.

MM. J. Guillaume et S. de Sèze rapportent un cas de compression globale de la queue de cheval par hernie du disque L5-S1. Une laminectomie ordinaire avec résection partielle de la hernie fit disparaître les troubles, sauf les douleurs ; mais sept ans plus tard, la recrudescence de celles-ci imposa une nouvelle intervention. La racine S1 était comprimée par le reste de la hernie dans le défilé inter-disco-articulaire et ne fut dégagée que par l'élargissement de la laminectomie jusqu'aux apophyses articulaires. Ce cas souligne la nécessité des laminectomies larges dans les compressions d'origine discale.

Volumineux méningiome endo et exo-cranien avec aplasie de l'écaille occipitale. Opération en deux temps. Guérison, par MM. J. GUILLAUME et MASSEBEUF.

Compression de la moelle au cours d'une maladie de Hodgkin,
par MM. G. HEUYER, J. LHERMITTE et J. de AJURIAGUERRA.

Les auteurs rapportent un cas de compression médullaire typique au cours d'une maladie de Hodgkin. L'autopsie a montré une tumeur lympho-granulomateuse siégeant à la partie postérieure de la dure-mère dorsale et séparée de celle-ci par un plan de clivage ; cette tumeur était parfaitement extirpable. Cette observation prouve que dans les compressions hodgkiniennes, la radiothérapie n'est pas le seul traitement à retenir et que l'intervention peut être indiquée.

Séance du 3 février 1944

Accidents épileptiques avec aura apraxique révélant un volumineux tubercule pariétal gauche, par MM. CHAVANY, F. THIÉBAULT et S. WOLINETZ.

Les auteurs rapportent un cas d'aura apraxique chez une femme de 29 ans, suivie de crises généralisées ou de crises jacksoniennes droites ou d'un état d'hébétéude avec amnésie. Il n'y avait pas d'autres signes de localisation, pas de stase et le syndrome d'hypertension intracrânienne était réduit au minimum. L'intervention a permis d'enlever un gros tubercule pariétal gauche : la guérison se maintient depuis plus de six mois.

Deux cas de macrogénitosomie précoce,
par MM. H. BEAUDOUIN et PUECH.

Présentation d'un enfant de 13 ans qui, dès l'âge de 9 ans, avait le développement osseux d'un sujet de 16 ans. L'intelligence est celle des enfants de même âge. Métabolisme un peu au-dessous de la normale. A gauche, atrophie optique avec vision presque nulle ; à droite, la moitié temporale du champ visuel est supprimée ; les auteurs se proposent d'explorer la région opto-chiasmatique.

Un autre enfant, hydrocéphale, arriéré et ayant un syndrome de Little, avait subi, il y a deux ans, à l'âge de 8 ans, une ventriculographie. Depuis, son intelligence s'est un peu éveillée, la vision s'est améliorée, il a grandi de 30 cm. et ses organes génitaux se sont considérablement développés ; il présente en somme une puberté précoce avec légère macrosomie.

Sympathogoniome intra-rachidien,
par MM. SORREL, ANDRÉ-THOMAS et HUGUENIN.

Chez un enfant de 8 ans ayant une quadriplégie progressive, les auteurs ont trouvé à l'intervention une tumeur en nappe extradurale allant de D1

au delà de l'axis, qui fut euevée presque complètement, sauf son prolongement supérieur. Après radiothérapie, l'enfant reste guéri depuis dix mois. Cependant, il s'agit d'un sympathogoniome, tumeur histologiquement maligne.

Les dissolutions du langage dans la maladie de Pick,
par MM. J. DELAY, P. NEVEU et P. DESCLAUX.

Les auteurs présentent une femme de 62 ans atteinte d'un affaiblissement intellectuel progressif ayant abouti à une réduction massive du langage spontané réduit à quelques stéréotypies verbales. Les fonctions gnosiques et praxiques, l'écriture, la lecture, la parole répétée, la compréhension des ordres simples sont conservées. La dissolution du langage apparaît ici comme l'expression de la dissolution générale de l'activité psychique et motrice. Cette perte de l'activité évoque une lésion préfrontale que confirment l'encéphalographie et la ventriculographie montrant une atrophie préfrontale bilatérale, massive, caractéristique de la maladie de Pick.

Myasthénie avec steppage bilatéral et pseudo-signe de Babinski,
par MM. R. GARCIN, M. KIPFER, HOUDART et CARLOTTI.

Les auteurs rapportent un cas de myasthénie évoluant sous les traits d'un steppage bilatéral et d'une paralysie des interosseux des mains. Une diplopie intermittente avec ptosis avait précédé ces troubles. La notion de phénomènes d'épuisement musculaire à l'effort lit rattacher le syndrome à sa véritable cause. Le diagnostic fut confirmé par l'électrodiagnostic et par l'action de la prostigmine. Les auteurs insistent sur l'existence d'un pseudo-signe de Babinski par paralysie du fléchisseur du gros orteil, disparaissant comme celle-ci sous l'action de la prostigmine.

Deux cas de paramyoclonus multiplex, par M. J.-A. BARRÉ.

M. J.-A. Barré rapporte deux cas de cette affection, survenus l'un quinze jours après une chute sur la tête, l'autre quelques semaines après un épisode encéphalitique typique. Les cas d'encéphalite sont en recrudescence dans le Massif Central et l'auteur en a observé récemment cinq, dont deux mortels.

Sciaticque avec anomalie du cul-de-sac sous-arachnoïdien sacré, guérie par intervention sur le ligament ilio-lombaire, par MM. F. THIÉBAULT, TROTOT et WOLINETZ.

Chez une femme présentant une sciaticque récidivant aux périodes menstruelles, les auteurs ont constaté, au cours de l'épreuve lipiodolée, une anomalie du cul-de-sac sous-arachnoïdien qui formait une poche s'étendant presque jusqu'à l'hiatus sacro-coccygien. La sciaticque paraît indépendante de cette anomalie et a guéri par le « nettoyage » du ligament ilio-lombaire ossifié.

Paralysie obstétricale du plexus lombaire. Atteinte des racines postérieures, par M. J. DEREUX (Lille).

**Enseignements de la radicotomie postérieure lombo-sacrée,
par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et LEVEAU.**

Les auteurs, d'après les résultats de la section d'une centaine de racines, montrent qu'il faut couper plusieurs racines pour obtenir une anesthésie notable ; L5 a pour territoire le dessus du pied et les deux premiers orteils ; S1 la plante, le bord externe du pied et les trois derniers orteils. La section d'une racine postérieure est suffisante pour abolir un réflexe tendineux, celle de S1 l'achilléen et celle de L1 le rotulien.

Kyste dermoïde de l'étage moyen de la base contenant 7 dents, enlevé avec succès chez une malade présentant un syndrome d'hypertension intra-cranienne, par MM. F. THIÉBAULT et KLEIN.

Sociétés Belges de médecine mentale et de neurologie

Séance commune du 29 avril 1944 (1)

Presidence : M. L. van BOGAERT, président

Myalgie de Bornholm avec signes neurologiques, par M. J. DAGNELIE.

Relation du cas d'un jeune homme de 16 ans, chez lequel la myalgie épidémique évolua classiquement : début brusque par des douleurs musculaires localisées avec, à certains endroits, nodules douloureux, élévation progressive de la température, périodes de rémission.

Au point de vue neurologique, on a constaté un affaiblissement important des réflexes abdominaux, un signe de Lasègue bilatéral et une hypo-esthésie dans le domaine du circonflexe droit.

La maladie évolua en un mois. L'auteur résume les connaissances actuelles à ce sujet.

Présentation de malades, par M. ECRORS.

1^o Présentation d'un enfant né à 7 mois, chez lequel on vit se développer, vers l'âge de deux mois, une hydrocéphalie progressive avec exophtalmie. L'intervention consistant à perforer la lame supra-optique en soulevant le lobe frontal droit, fut suivie d'une rétrocession complète des symptômes qui se maintient depuis trois semaines.

2^o Présentation d'une malade atteinte de fracture ancienne de l'apophyse odontoïde de l'axis, et qui a fait l'objet d'une communication antérieure

(1) Les sociétés belges de médecine mentale et de neurologie n'ont pas tenu de séance en février 1944, ni en mars 1944.

(voir séance du 27 nov. 1943). L'anesthésie alterne a disparu et la motricité s'améliore lentement.

Pseudo-glossolalie par additions littérales et syllabiques.

Etude clinique et expérimentale, par M. J. BOBON.

Etude détaillée de curieuses déformations stéréotypées du langage chez une femme de 39 ans, illettrée, atteinte de démence précoce à forme paranoïde, avec idées délirantes disparates, mal systématisées, et hallucinations auditives. Pour mettre en évidence le caractère volontaire de ces déformations purement phonétiques, qui consistent en des transformations analogiques du français d'après le dialecte wallon, l'auteur a soumis la malade à des narcoses à l'évipan ou au chlorure d'éthyle ; dans l'état de demi-sommeil consécutif, les troubles du langage disparaissent presque complètement.

Une nouvelle observation de sclérose diffuse du type multiloculaire,

par MM. L. VAN BOGAERT et DEVULF.

Etude anatomo-clinique du cas d'un enfant qui présentait tout d'abord un syndrome mental de démence précoce à forme catatonique avec impulsions et mouvements stéréotypés de la tête. A la suite d'un traitement convulsivant au pentazol, on vit disparaître le langage, le rire, puis le pleurer, et apparaître un syndrome neurologique caractérisé par des contractions, des mouvements itératifs, des hurlements rythmés et finalement une rigidité décérébrée.

L'examen anatomique montra une démyélinisation de tout le centre ovale des deux côtés, épargnant les fibres en U, et des foyers accessoires à la base. Malgré l'étendue des lésions, les voies pyramidales étaient intactes. L'organisation glio-fibrillaire, très dense au centre des foyers, fait penser à la sclérose en plaques.

L'auteur reprend la discussion du problème de la sclérose diffuse inflammatoire et de ses rapports avec la sclérose en plaques. Il montre qu'aucun des critères qui ont été proposés pour différencier les deux affections n'est valable. C'est l'acuité du processus et la rapidité de la désintégration qui régissent l'aspect histologique. Au point de vue histo-pathologique, il est impossible de séparer ces cas de la sclérose en plaques aiguë.

A propos de trois langues artificielles d'origine Judique

chez une paranoïaque, par M. J. BOBON.

Une femme atteinte d'un délire imaginatif touffu de persécution a créé trois langages différents, pour lesquels elle a établi un dictionnaire de 5.000 mots. Ces langues, graphiques à l'origine, sont obtenues par des déplacements de lettres dans les mots et par adjonction de finales déformatrices.

C'est du français torturé de mille façons. Les procédés employés par cette malade sont analogues à ceux de l'argot et des langues secrètes observées dans certains pensionnats de jeunes filles et ont, comme elles et comme l'argot, un but de jeu.

L'origine Judique de ces diverses manifestations n'a guère été mise en évidence jusqu'à présent.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

ANATOMIE

Anatomie des Centres nerveux, par Paul COSSA, médecin neurologue des hôpitaux de Nice et Jean-E. PAILLAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Marseille, *Préface* des professeurs CORNIL et ROGER (1 vol., in-8°, 460 pages, 181 figures. Amédée Legrand et Jean Bertrand édit., Paris 1944).

Avec la collaboration du professeur agrégé Paillas, le D^r Paul Cossa publie la deuxième édition de son *Précis d'anatomie du système nerveux central*, dont la première édition, parue en 1931, fut rapidement épuisée. Revue et augmentée, cette nouvelle édition a permis une mise au point de l'ensemble et particulièrement des notions rendues indispensables par la pratique toujours plus grande de la ventriculographie et les applications toujours plus étendues et plus précises de la neuro-chirurgie. Des chapitres ont été remaniés et traités avec plus d'ampleur. La clarté d'exposition, qui a fait le succès de la première édition, se retrouve dans cet ouvrage, avec de très nombreux schémas, qui facilitent à l'étudiant la compréhension de systèmes complexes. De ces schémas, dont beaucoup sont originaux, et dont quelques-uns ont été modifiés, le nombre a été considérablement augmenté. Il serait injuste aussi de ne pas louer la présentation parfaite de ce livre, présentation qui ne se ressent en rien des difficultés pourtant si grandes de l'heure présente et qui fait honneur à l'édition française. L'effort que représente actuellement la mise au point et la publication d'un tel livre fait bien augurer de la reprise des publications scientifiques françaises dès que les circonstances redeviendront favorables.

Le *Précis d'anatomie des centres nerveux* de MM. Paul Cossa et Jean-E. Paillas a prouvé dans le passé son utilité. Il répond à un besoin. Les candidats aux concours de l'internat et du médecin des hôpitaux psychiatriques y trouvent un guide pour la préparation des épreuves d'anatomie du système nerveux. Les étudiants s'y familiarisent avec une étude dont l'abord leur paraît parfois sévère. Les praticiens seront souvent heureux d'y trouver le rappel et la précision d'importantes notions. Et beaucoup penseront

que, comme l'écrivent dans la Préface les professeurs Lucien Cornil et Henri Roger, ce livre « sera le compendium indispensable du neurologue, même averti ».

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Sciences occultes et déséquilibre mental, par le Dr Philippe ENCAUSSE, ouvrage couronné par l'Académie de médecine, *Préface* du professeur LAIGNEL-LAVASTINE, membre de l'Académie de médecine (1 vol., in-8°, 314 pages, 2^e édit., revue et augmentée. Payot édit., Paris 1943).

Parmi les multiples préoccupations que les malades confient aux psychiatres, nombreuses sont celles ayant trait à la magie, au magnétisme, au spiritisme, à la sorcellerie. Débiles dont la crédulité originelle est savamment exploitée par d'habiles escrocs, âmes simples qu'attire le mystère vers des « sorciers » dont cependant ils redoutent les « sorts », déments dont l'affaiblissement intellectuel progressif annihile un pouvoir critique qui fut le leur et que pourtant l'entourage familial leur reconnaît encore, déséquilibrés à la recherche d'impossibles satisfactions, obsédés de l'infini, inquiets tourmentés de mystérieux lendemains ou du regret d'affections perdues, délirants qu'une personnalité hypertrophiée appelle vers des destinées surhumaines ou rend victimes de forces invisibles, d'autres encore viennent dire au psychiatre leur conviction de chimériques espoirs, leur angoisse de vaines terreurs, leurs plaintes aussi de trop réelles souffrances.

De ces malades, il en est assurément qui ignorent complètement ce dont ils parlent et le sens des mots qu'ils emploient. C'est précisément parce qu'ils n'en connaissent pas le sens qu'ils emploient ces mots pour exprimer des idées ou pour qualifier des faits que le langage courant ne contient pas. Si certains délirants créent, pour leur usage propre, un langage particulier fait de néologismes, beaucoup de débiles se contentent de ramasser des mots dont ils ignorent le sens, mais dont la sonorité ou la signification, pour eux obscure, évoque à leur esprit ineulte et dénué de critique, le caractère exceptionnel de leurs sensations. En dépit des apparences, l'occultisme, le spiritisme, n'ont ici rien à voir. Mais il est d'autres malades amenés à l'hôpital psychiatrique par la pratique des sciences occultes, et c'est à ceux-là qu'est consacré le très intéressant ouvrage du Dr Philippe Encausse.

L'auteur n'est pas un psychiatre, il le déclare dès les premières lignes. Il est le fils du Dr Gérard Encausse, qui fut le « mage Papus », et dont on sait les nombreux ouvrages sur les « sciences occultes ». Il connaît donc bien le sujet qu'il traite et mieux encore les milieux occultistes et spirites. Son but n'est pas de condamner l'étude ni la pratique de l'occultisme, mais « d'empêcher ceux qui ne sont pas suffisamment aptes à expérimenter en ce domaine, de ruiner peut-être complètement un équilibre psychique déjà mal en point ».

Pour le psychiatre, ce livre, dont le professeur Laignel-Lavastine a écrit la préface, présente un double intérêt. Tout d'abord, parce qu'il est nécessaire, pour discuter avec eux et juger leurs raisonnements, que le médecin connaisse ce dont ses malades lui parlent et lui parlent souvent.

Les trois premiers chapitres apportent sur l'occultisme et sur le spiritisme, sur les rapports aussi de l'un avec l'autre, des notions clairement exposées et puisées aux sources les plus autorisées. On y trouvera de fort intéressants rappels historiques. Contrairement à ce que certains ont pu croire, occultisme et spiritisme ne doivent pas être confondus : spirites et occultistes ne sont pas toujours d'accord. Le psychiatre qui aura l'occasion d'examiner l'un d'entre eux facilitera son examen en montrant qu'il est au courant de ce qui les sépare.

Les chapitres suivants sont consacrés à rechercher si les sciences occultes peuvent être préjudiciables au bon équilibre de certains de leurs adeptes, puis à l'étude des délires spirites et à l'exposé des dangers de la magie. Leur intérêt psychiatrique n'est pas moindre que celui des précédents chapitres et l'Académie de médecine l'a consacré en décernant, à l'ouvrage du Dr Philippe Encausse, le Prix Charles Boullard, attribué tous les ans au « meilleur ouvrage sur les maladies mentales ». L'auteur, en effet, a réuni ici les opinions exprimées par les auteurs qui ont eu à s'occuper de la question. Il a complété ces citations par les réponses de personnalités diverses auxquelles il écrivit pour demander si, à leur avis, il pouvait y avoir parfois danger à pratiquer les sciences occultes.

Importante documentation signée d'occultistes mais aussi de savants, de médecins, de psychiatres, et que complète un chapitre d'exemples et d'observations cliniques recueillies dans des revues médicales. Ces renseignements et l'abondante bibliographie qui termine l'ouvrage sont appelés à être souvent utilisés.

M. Philippe Encausse consacre un chapitre aux « marchands du Temple », charlatans, « pseudo-voyants et surtout soi-disant astrologues », exploitant non sans danger la crédulité publique et « dont trop de journaux insèrent les annonces ». Il demande « que l'on sache qu'il y a un monde entre les occultistes sincères et ces maîtres flibustiers », ajoutant que selon « les lois de l'Occulte » il est interdit « de tirer des profits personnels de certains dons » et que « tout talisman rendu est sans aucune valeur ».

Il est particulièrement intéressant que ce livre, conforme aux enseignements de Papus, dont les idées sont chères à l'auteur, arrive à la conclusion que les sciences occultes peuvent conduire au déséquilibre mental. C'est surtout la *pratique* des « sciences occultes », conclut M. Philippe Encausse, qui doit être mise en cause, mais avec cette réserve qu'il s'agit presque toujours de prédisposés. Dangereux par l'ambiance de certaines séances, le spiritisme l'est plus encore par les pratiques médiumniques, véritable entraînement à l'automatisme, au dédoublement de la personnalité. Si la désagrégation devient habituelle, si elle se fait malgré le médium, l'hallucination est constituée. Assez fréquents sont les cas de transformation de la transe médiumnique en délire d'influence. Les pratiques magiques aussi peuvent entraîner des troubles mentaux plus ou moins accusés, et « là encore les prédisposés sont les plus menacés ».

Livre de bonne foi, écrit avec un évident souci de documentation, d'objectivité et de critique, pour mettre en garde « les imprudents et les inaptes » contre les dangers auxquels ils s'exposent. Recueil d'opinions et de faits qui a sa place dans toute bibliothèque psychiatrique.

René CHARPENTIER.

Séquelles psychiques des traumatismes craniens de l'enfance. Problèmes étiologiques et médico-légaux, par M. ZABOROWSKI (1 brochure in-8°, 124 pages, Le François édit., Thèse Paris 1944).

Dans ce travail, entrepris sous la direction du Dr H. Baudouin, et qui fut couronné par la Société médico-psychologique (Prix Belhomme, 1942), M. Zaborowski, après examen des publications antérieures, étudie, à l'aide de 23 observations récentes ou inédites, les séquelles psychiques des traumatismes craniens survenant dans l'enfance (à l'exception des traumatismes obstétricaux) et les problèmes médicaux-légaux posés par ces états post-traumatiques.

A la fréquence, chez l'enfant, du traumatisme, il oppose la rareté des accidents psychiques éloignés, lesquels lui paraissent le plus souvent en rapport avec des états antérieurs de déficit intellectuel ou affectif, états qui, d'ailleurs, exposent particulièrement l'enfant aux traumatismes. D'où difficulté particulière pour l'expert d'évaluer, dans ces cas, la part du traumatisme.

Il note la fréquence dominante des troubles du caractère, souvent de même nature que les tendances antérieures du sujet, et que le traumatisme n'a fait qu'aggraver. Les troubles intellectuels ne sont qu'exceptionnellement observés : ce sont surtout des troubles de l'attention, un défaut de fixation, un arrêt des acquisitions qui, traduisant en réalité le retentissement de troubles affectifs de degrés divers, n'en constituent pas moins une entrave au développement intellectuel de l'enfant.

Chez l'enfant, le problème médico-légal ne peut se poser dans les mêmes termes que chez l'adulte, conditionné qu'il est par le développement intellectuel ultérieur. D'où l'impossibilité pour l'expert d'apporter des conclusions autres que des conclusions provisoires, réservant l'avenir et faisant état de la nécessité d'examen ultérieurs. Les questions posées aux experts par la justice devraient donc différer selon que la victime de l'accident est un adulte ou un enfant.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des perturbations de l'instinct maternel chez les déséquilibrées, par Alice GÉVAUDAN (1 brochure in 8°, 44 pages, Imprimerie E. Foulon, Paris, Thèse 1943).

Après avoir rappelé que, chez les animaux, certaines femelles devorent leurs petits aussitôt après leur naissance, Mlle A. Gévaudan passe rapidement en revue les perturbations de l'amour maternel, perturbations allant de l'indifférence, de l'incurie, aux mauvais traitements, à la haine et au crime, chez les mélancoliques, les maniaques, et dans des états délirants consécutifs à l'accouchement. Elle en rapporte ensuite quelques cas chez des déséquilibrés pervers, chez des débiles, où les actes résultent souvent de l'indifférence et de l'incurie. Dans ces conduites anormales de la mère à l'égard de son enfant, la diminution ou même l'absence de l'amour maternel, n'est pas seule en cause. Des causes passionnelles, des causes sociales aussi, telles que l'accouchement de femmes non mariées, interviennent, qui tendent à détourner la mère de son enfant.

R. C.

NEUROLOGIE

Les encéphalites otogènes non suppuratives, par R. ROCHE, 1 broch. in-8 115 pages, *Thèse* Marseille 1913 (Imp. Ged, Marseille).

Se basant sur plusieurs observations, l'auteur étudie une complication cérébrale des otites, dont l'individualité clinique paraît bien établie. Il s'agit d'un syndrome d'hypertension intracrânienne, dont l'allure clinique est un peu particulière, auquel s'ajoutent un œdème papillaire constant et surtout un ventriculogramme typique donnant l'aspect de « gros cerveau avec petits ventricules ». Les lésions qui le déterminent se ramènent, soit à l'œdème cérébral pur, soit à la nécrose aseptique du cerveau et sont toujours localisées au seul parenchyme. Le rôle des phénomènes vaso-moteurs est essentiel dans leur pathogénie et il s'y ajoute, dans le cas de nécrose, des altérations de thrombose artérielle ou veineuse. De telles encéphalites doivent donc être considérées comme très différentes des abcès, tant dans leur aspect que dans leur mécanisme. Cet intéressant et clair travail se termine par des considérations thérapeutiques où le rôle du neuro-chirurgien est souligné.

J. ALLIEZ.

La neurogliomatose à localisations cérébrales et médullaires simultanées, par G. PERRET, 1 broch. in-8°, 70 pages, *Thèse* Marseille 1943 (Imp. Leconte, Marseille).

A l'occasion de l'étude détaillée d'un cas provenant de la Clinique neurologique de Marseille, vingt-six observations de localisations sur le névraxe de la neurogliomatose de Recklinghausen sont groupées dans ce travail. Celui-ci s'ajoute aux observations de « neuroectodermomes », déjà publiées par le Professeur Roger et ses élèves dans divers mémoires antérieurs. Il est à noter que les signes cutanés de la maladie peuvent manquer et que, lorsqu'ils existent, ils sont parfois assez frustes. L'aspect histologique, constaté à l'intervention ou à l'autopsie, impose toutefois le diagnostic de neurogliomatose. Dans les formes étudiées, l'atteinte médullaire a paru plus précoce et parfois prédominante. La double localisation constatée donne un aspect particulier à cette variété de « maladie de système » qu'est l'ancienne neurofibromatose.

J. ALLIEZ.

HYGIENE ET PROPHYLAXIE

Plus d'enfants dégénérés, par le Dr G. d'HEUCQUEVILLE, médecin des hôpitaux psychiatriques (1 vol., in-16, 168 pages, 69 fig. Hachette édit., Paris 1943).

Le titre optimiste de ce petit livre suffit à indiquer qu'il s'agit d'un ouvrage de vulgarisation et de propagande. Après avoir rappelé des notions concernant l'hérédité et la croissance, l'auteur, qui s'adresse « à toutes les jeunes filles de France », y préconise un programme « d'hygiène raciale et de sélection eugénique ».

Il expose que, maladies passagères, non de l'individu mais du germe, rendent dominants les gènes récessifs, l'alcool, la syphilis, la tuberculose l'ont réapparaître chez les descendants des monstruosité héréditaires cachées et conclut qu'après une ou deux générations, le traitement des causes pourrait effacer les stigmates congénitaux de la dégénérescence.

R. C.

ASSISTANCE

Contribution à l'étude de la morbidité tuberculeuse asilaire en période de carence, par J.-D. RENEVEY (1 brochure in-8°, 74 pages, Imprimerie E. Foulon, Paris, *Thèse*, 1943).

Si l'augmentation du chiffre des décès dans les hôpitaux psychiatriques à la suite d'une longue période de carence n'est que trop évidente (il serait utile d'en publier la statistique comparée pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques de France depuis 1938), il n'était pas moins intéressant de rechercher l'influence de ces carences alimentaires sur l'écllosion et l'évolution de la tuberculose. M. Renevey apporte une statistique établie à l'hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret), où 26,77 0/0 des hommes hospitalisés, 12,78 0/0 des femmes et 6,77 0/0 des enfants sont actuellement atteints de tuberculose, chiffres beaucoup plus élevés que ceux des statistiques des années antérieures. L'âge moyen de ces psychopathes atteints de tuberculose est de 40 ans pour les hommes, de 45 ans pour les femmes. L'évolution de l'affection est particulièrement rapide. Au cours du premier trimestre de l'année 1943, par rapport à l'ensemble des décès, la proportion des décès pour tuberculose fut de 60 0/0. Un tableau comparatif des rations alimentaires distribuées aux hospitalisés en 1938 et en 1942 souligne le fait que l'accroissement du nombre des cas de tuberculose, l'augmentation du chiffre des décès furent bien parallèles à la réduction du régime alimentaire. L'amélioration de ce régime alimentaire insuffisant diminue la fréquence et arrête souvent l'évolution de la tuberculose.

En conclusion de cette étude, M. Renevey attire l'attention sur la nécessité du dépistage radiologique par des radioscopies systématiques et périodiques et préconise, pour chaque service d'un hôpital psychiatrique, un quartier spécial destiné au traitement des tuberculeux.

René CHARPENTIER.

THERAPEUTIQUE

Contribution à l'étude du traitement des psychoses par l'électro-choc, par P. GRIMALDI, 1 broch. in-8°, 48 pages, *Thèse* Marseille 1943. Nice, Imp. du Sud-Est.

L'auteur apporte les résultats obtenus à Nice par M. Paul Cossa et les commente. L'électro-choc n'est pas un traitement des états schizophréniques, où la cure de Sakel reste la meilleure arme. Ses indications majeures sont constituées surtout par les manifestations mélancoliques ou maniaques des psychoses intermittentes et par les psychoses réactionnelles. Les états

hypochondriaques et anxieux donnent aussi de beaux résultats, dans des conditions bien précisées. Il en est de même des confusions mentales traitantes et des psychoses résiduelles. L'auteur pense que l'électro-choe pourra également agir sur certains symptômes dans la psychasthénie avec obsession, ainsi que dans les manifestations thymiques associées aux délires chroniques. Il pourra aussi être utile dans l'agitation ou la stupeur de démences non organiques, ou encore comme complément de la cure de Sakel. A noter l'utilisation de l'électro-choe « à la demande », pour prévenir le retour d'accès fréquents chez quelques intermittents. Les documents étudiés, basés sur soixante-dix observations, sont en faveur de l'efficacité remarquable de la méthode et de son innocuité, malgré quelques incidents sans gravité réelle.

J. ALLIEZ.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

L'examen de l'olfaction en clinique neurologique, par Georges GUILLAIN et R. MESSIMY (*La Presse médicale*, 6 novembre 1943).

MM. Georges Guillain et R. Messimy montrent l'intérêt en neurologie de l'examen du nerf olfactif par la méthode de Ch.-A. Elsberg (de New-York), dont la technique permet la projection sur les muqueuses olfactives d'une quantité mesurable d'odeur. Résumant les résultats obtenus par Ch.-A. Elsberg et ses collaborateurs, et ceux obtenus, en suivant la même technique, à la clinique neurologique de la Salpêtrière, MM. G. Guillain et R. Messimy concluent que cette méthode, simple, pratique, apporte des éléments de valeur certaine, au diagnostic de localisation des tumeurs cérébrales en particulier. Elle mérite d'être appliquée et d'être le point de départ d'utiles recherches systématiques.

René CHARPENTIER.

Paralysie brusque, complète et durable des deux nerfs auditifs (appareil cochléaire et vestibulaire), par Georges GUILLAIN et Maurice AUBRY (*La Presse médicale*, 9 octobre 1943).

MM. Georges Guillain et Maurice Aubry rapportent l'observation, curieuse et tout à fait exceptionnelle, d'un cas de surdité totale par paralysie complète bilatérale du nerf cochléaire et du nerf vestibulaire, surdité survenue brusquement. Le sujet, âgé de 25 ans, prisonnier dans un Stalag en Allemagne, se réveilla un matin (par un froid de -20°), complètement sourd, alors qu'il était la veille en parfaite santé. Aucun autre élément étiologique que le froid n'a pu être relevé.

René CHARPENTIER.

La stase papillaire, par Cl. DEHORTER-DUEZ (*Revue médicale française*, avril 1943).

Revue générale de l'anatomie, de la pathogénie, de la signification de la stase papillaire bilatérale des troubles intracrâniens d'origine traumatique, inflammatoire ou tumorale. Signe d'une importance clinique considérable car, du point de vue oculaire, la stase papillaire érée, si on la laisse évoluer, des désordres tels que la cécité peut s'ensuivre et, du point de vue général, poser le diagnostic de stase est le plus souvent conclure à la nécessité d'une intervention chirurgicale.

R. G.

Pupillotonie et syndrome sympathique déficitaire associés (syndromes d'Adie et de Claude Bernard-Horner atypiques), par Michel JÉQUIER et René DUFOUR (de Lausanne). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*. 1943, vol. LI, fascicule 1/2.

Des cas d'association de pupillotonie à des troubles sympathiques divers ont déjà été signalés, et ceci n'a rien d'étonnant, le syndrome sympathique et le syndrome d'Adie pouvant tous deux être dus à une atteinte de la région hypothalamique. Le malade de MM. Michel Jéquier et René Dufour, amené à la clinique pour des troubles digestifs dus à un ulcère de la petite courbure, présente de la pupillotonie avec aréflexie d'une part et, d'autre part, un syndrome oculo-sympathique déficitaire localisé à l'hémiface gauche. Les réflexes ostéopériostés et tendineux sont en partie absents, en partie nettement affaiblis ; les réflexes eutanés, muqueux et végétatifs, sont normaux. D'où le diagnostic de syndrome végétatif mixte, relevant d'une part d'un déficit du sympathique crânien (myosis, atrophie irienne, hémiatrophie faciale) et se rapprochant d'autre part du syndrome d'Adie (aréflexie tendineuse, inversion de la réaction pupillotonique classique). A l'épreuve des collyres, la réaction à la cocaïne est relativement meilleure du côté atteint, la réaction à l'homatropine et à la pilocarpine est lente et incomplète. Il y a donc à la fois un signe indiquant une atteinte du premier neurone sympathique et une sorte de « réaction tonique » incomplète et paresseuse. Cas de passage, différant en plusieurs points des syndromes classiques d'Adie et de Claude Bernard-Horner, et dans lequel l'anomalie pupillaire complexe semble due à une atteinte de la voie sympathique dans la région hypothalamique.

René CHARPENTIER.

Tétanos post-abortum, Guérison, par BELLANGER (*Académie de chirurgie*, séance du 7 juillet 1943).

M. Rudler rapporte une observation due à M. Bellanger, observation dans laquelle l'hystérectomie associée au sérum à hautes doses fut suivie de succès. Le rapporteur passe en revue les cas trop souvent mortels du tétanos post-abortum. Les faits rapportés font penser qu'à partir du 3^e jour d'un tétanos typique, l'hystérectomie donne peu de chances de succès. Les seuls cas de guérison sont opérés dans les 36 à 48 heures qui suivent l'apparition du tétanos typique. Après ce délai, il vaut mieux renoncer à l'opération souvent inefficace

et peut-être nuisible. La séro- et l'anatoxithérapie demeurent indispensables. Après le délai de 48 heures, le curage ou curetage, l'irrigation intra-utérine sont encore de mise.

R. C.

Encéphalite malacique et endocardite maligne végétante d'origine septicémique chez un enfant de 3 ans, par R. POINSO, A.-M. RECORDIER, J.-E. PAILLAS et A. LUMBROSO (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 7 mai 1943).

Observation d'un enfant de 3 ans dont la maladie fébrile a duré un mois avec une hémiplegie droite progressive jusqu'à issue fatale. Parallèlement, apparut un souffle d'insuffisance mitrale. Le germe n'a pu être trouvé ni dans le sang ni dans le liquide céphalo-rachidien. Les divers examens avaient d'abord orienté le diagnostic vers un abcès cérébral. Mais l'absence d'hypertension rachidienne, la diffusion des signes neurologiques plaident contre cette façon de voir. A l'*antopsie*, large foyer ramolli du lobe pariétal et des circonvolutions rolandiques gauches (à l'examen histologique : encéphalite subaiguë non suppurative) et végétations de la valvule mitrale.

R. C.

Les syndromes du carrefour mésencéphalo-sous-thalamique, par P. BOULET et P. CAZAL (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 6 novembre 1943).

Après avoir rappelé les données anatomiques de la région mésencéphalo-sous-thalamique et résumé en une étude analytique les symptômes que l'on rencontre dans les syndromes mésencéphalo-sous-thalamiques, MM. P. Boulet et P. Cazal classent ces symptômes en composantes majeures (hémiplegie cérébelleuse contro-latérale, hémisynonyme extra-pyramidal contro-latéral), composantes mineures (hémianesthésie contro-latérale avec ou sans astéréognosie, hémiplegie pyramidale contro-latérale), et signes inconstants mais à valeur localisatrice (paralysie directe de la III^e paire, hémianopsie homonyme contro-latérale, syndrome de Parinaud, hémialgies contro-latérales, hallucinose pédonculaire, dysarthrie) dont la présence permet de localiser la lésion et de caractériser les divers types de syndromes.

Ils distinguent ensuite : 1° des syndromes alternés ou inférieurs, souvent désignés sous le nom de syndromes inférieurs du noyau rouge (syndrome alterne du type Claude, syndrome alterne du type Benedikt, selon la prédominance cérébelleuse pyramidale) ; 2° des syndromes contro-latéraux ou supérieurs, de symptomatologie plus variable et dont il est difficile de catégoriser les types cliniques (quatre d'entre eux sont pourtant nettement individualisés : syndrome inférieur du noyau rouge de Chiray, Foix et Nicolesco ; syndrome cérébello-thalamique de Pierre Marie et Foix, ou du carrefour hypothalamique de Guillain et Alajouanine, que les auteurs proposent d'appeler de préférence syndrome sous-thalamique ; syndrome rétro-sous-thalamique dans lequel au syndrome supérieur du noyau rouge s'ajoute un syndrome de Parinaud ; syndrome thalamo-sous-thalamique enfin qui est le syndrome thalamo-hypothalamique de Guillain et Alajouanine).

Les formes basses (syndromes du noyau rouge) forment un ensemble bien limité. Les formes hautes présentent tous les types de transition avec le

groupe des syndromes thalamiques, le diagnostic en hauteur se faisant par les signes associés (paralysie du III, hémianopsie, syndrome de Parinaud, etc.). Les syndromes alternes, inférieurs, relèvent de lésions dans le domaine du pédicule rétro-mamillaire inférieur ; les syndromes contro-latéraux, supérieurs, relevant de lésions dans le domaine du pédicule rétro-mamillaire supérieur.

René CHARPENTIER.

Méningiome en plaques de la grande aile du sphénoïde, par RICARD et DEVIC (*Société de chirurgie de Lyon*, séance du 5 février 1943).

A propos d'un cas traité chirurgicalement avec succès, MM. Ricard et Devic insistent sur la rareté de ces néoformations (29 cas opérés en 1939)² sur le tableau clinique ici typique : début par une exophtalmie avec tuméfaction temporo-orbitaire du même côté, absence de signes cliniques neurologiques et de signes d'hypertension intra-cranienne. L'évolution reste très lente et le méningiome demeure longtemps minuscule. L'ostéome associé est caractérisé par son volume, sa dureté et sa très forte vascularisation. Les résultats opératoires sont bons dans l'ensemble.

R. C.

Arachnoïdite, par H. ROGER et J.-E. PAILLAS (*Diagnostics et Traitements*, février 1943).

Au point de vue nosologique, l'individualité des arachnoïdites cérébrales n'est plus niable et l'on peut même séparer les arachnoïdites proprement dites de la méningite séreuse. Certains points de l'étiologie des arachnoïdites ont pu être récemment précisés (forme endocranienne fréquemment consécutive à un traumatisme, facteurs infectieux ou parasitaires), mais l'origine reste souvent inconnue (formes dites cryptogénétiques) ; dans certains cas, il semble qu'il s'agisse de la polarisation terminale d'un processus régional évoluant depuis longtemps. L'absence d'une étiologie évidente rend toujours délicat le diagnostic des arachnoïdites cérébrales ou spinales : la notion évolutive, la constitution des symptômes par poussées successives sont de bons signes de présomption. Ce n'est bien souvent que l'intervention chirurgicale, nécessaire dans la majorité des cas, qui permettra d'établir la nature du syndrome observé. Contrairement à certains auteurs, qui nient l'efficacité de la chirurgie dans les arachnoïdites spinales, MM. H. Roger et J.-E. Paillass estiment nécessaire l'intervention chirurgicale, au moins comme un premier temps de la thérapeutique. Quelle que soit la localisation, la radiothérapie a, comme second temps, des indications utiles ; dans les arachnoïdites spinales, celles en particulier de la queue de cheval, elle peut être légitimement employée seule. Il faut, bien entendu, chaque fois que c'est possible, tenter d'abord d'agir sur la cause initiale, et l'on se trouvera bien, également, d'injecter des substances chimiques diffusibles dans le système nerveux (iodure de sodium, urotropine, salicylate de soude), de tenter méthodes de choc et pyréthérapie.

René CHARPENTIER.

Une maladie familiale montrant la transition entre la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique familiale, par Georges GUILLAIN et A. GROSSIORD (*Académie de médecine*, séance du 9 novembre 1943).

MM. Georges Guillain et A. Grossiord décrivent une maladie familiale qu'ils ont observée chez trois malades et qui se caractérise par des troubles cérébelleux, de la dysarthrie, des troubles pyramidaux et une paralysie des mouvements d'élévation des yeux et de la convergence. Tous ces symptômes, à l'exception de la paralysie des mouvements d'élévation des yeux et de la convergence, ne sont pas également intenses chez les trois malades et il apparaît évident que, si l'on n'examinait qu'un seul d'entre eux isolément, on ne porterait pas le même diagnostic. Chez le premier, on penserait à une maladie de Friedreich ou à une forme clinique de l'atrophie oléivo-ponto-cérébelleuse avec abolition des réflexes ; chez le second, l'existence d'une hérédo-ataxie cérébelleuse apparaîtrait vraisemblable ; chez le troisième, le diagnostic de paraplégie spasmodique familiale serait sans doute porté. Ces trois malades, ainsi que d'autres sujets appartenant à plusieurs générations de cette famille, sont atteints d'une seule entité clinique, l'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse.

R. C.

Paraplégie flasque post-traumatique par volumineux sarcome intradural D7-D9 ; ablation et radiothérapie. Guérison maintenue depuis 6 ans, par H. ROGER, M. ARNAUD et J.-E. PAILLAS (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 4 juin 1943).

Paraplégie flasque, chez un enfant de 12 ans, apparue peu après une chute d'une hauteur de 5 mètres, avec dissociation albumino-cytologique et blocage du liquide céphalo-rachidien, arrêt franc du lipiodol. Intervention : tumeur intra-durale postérieure, volumineuse, adhérent aux racines et rongant l'apophyse articulaire. Examen histologique : réticulo-sarcome. Radiothérapie profonde (16 séances) : récupération motrice presque complète un an après ; malade vaquant à des occupations pénibles avec peu de séquelles six ans après.

R. C.

A propos du rôle de la syphilis dans la sclérose en plaques, par BAZEX, GARRIC et GAYRAL (*Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 12 avril 1943).

Observation d'un malade de 63 ans, ayant contracté une syphilis très incorrectement traitée en 1903. En 1930 apparaissent des troubles de la marche : il reçoit un traitement antisypilitique énergique et régulièrement suivi pendant plusieurs années. Malgré cela, actuellement, on constate un syndrome cérébello-pyramidal et un syndrome de Parinaud ; on constate également que la sérologie sanguine est irréductible et que le liquide céphalo-rachidien a toujours été normal.

S'agit-il d'une sclérose en plaques chez un syphilitique ou d'une sclérose en plaques syphilitique ? Aucun argument n'est décisif.

R. C.

La complication paralytique du tabès, par L. BOURRAT, P. MOREAU et M. REBATEL (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1943).

Dans le service du professeur Jean Lépine, les auteurs ont dénombré 96 cas d'association de tabès et de paralysie générale contre 443 autres cas de paralysie générale. D'où leur conclusion que le tabès s'associe à 1 sur 5 des cas de paralysie générale. Dans la plupart des cas, il s'agit alors d'hommes et d'hommes âgés, la paralysie générale qui survient chez un tabétique survenant généralement à une date beaucoup plus tardive que chez un syphilitique non tabétique.

Tabès en général fruste, souvent méconnu et non traité, et paralysie générale débutant fréquemment par un état dépressif, hypocondriaque sans perte grossière de l'auto-critique. D'où nécessité pour le diagnostic d'une étude attentive de l'état mental. Une forte réaction lymphocytaire plaide en faveur du diagnostic de paralysie générale, dont les auteurs indiquent les principaux éléments. D'évolution lente, la méningo-encéphalite qui accompagne le tabès réagit favorablement aux traitements actuels. Les auteurs utilisent de préférence dans ces cas un traitement combiné, associant une malariathérapie précoce à des séries ultérieures de traitement par le stovarsol et le bismuth, se refusant toutefois à imputer des tabétiques ataxiques ou fortement cachectisés.

René CHARPENTIER.

Parkinsonisme. Diagnostic et traitement des syndromes parkinsoniens, par A. DEVIC (*Diagnostics et Traitements*, septembre 1943).

Si, à la période d'état, le diagnostic s'impose, il est plus difficile mais aussi plus intéressant de faire un diagnostic précoce du syndrome. Après une encéphalite aiguë, même bénigne, on ne peut jamais être certain d'une guérison définitive : il existe une période dite « de maturation » (Bériel), qui peut durer 10, 15 ans, et même davantage, pendant laquelle rien ne prévient le malade. En général, une lenteur anormale, le manque de spontanéité dans les mouvements, sont les premiers symptômes accusés par le malade. La perte de l'automatisme, l'hypertonie musculaire et le tremblement parkinsonien sont les signes objectifs qui permettent d'affirmer le diagnostic.

Ce n'est que dans les formes d'encéphalite chronique que l'on peut envisager un traitement causal, anti-infectieux, si possible par voie veineuse (urotropine, salicylate de soude, iodure de sodium) mais, dans tous les cas, on obtiendra une action évidente sur les symptômes, au moins dans les premières années de la maladie, par ces médicaments, tous de la même série : hyoscine, scopolamine, belladone, atropine, datura stramonium, administrés avec prudence, par doses faibles au début, fractionnées, augmentées très lentement selon la tolérance du malade et accompagnées de boissons abondantes. Des toniques généraux seront ajoutés à cette thérapeutique de base.

René CHARPENTIER.

Syndromes parkinsonien et de poliomyélite antérieure chronique associés, par Lucien ROUQUÈS, J. PAUTRAT et P. DESCLAUX (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 8 janvier 1943).

Observation d'un homme de 53 ans, chez lequel évoluent progressivement depuis six ans un syndrome parkinsonien bilatéral et des signes unilatéraux

d'atteinte des cornes antérieures au niveau des segments C5, C6 et C7, L5, S1 et S2. Rien ne permet d'incriminer encéphalite épidémique ou syphilis. Les auteurs font remarquer combien il est injustifié, en dehors de tout critère biologique ou histologique, de rattacher, par principe, à l'encéphalite épidémique, des syndromes parkinsoniens présentiels dont l'étiologie n'est pas apparente.

R. C.

Confrontation clinique et anatomique de deux poliomyélites antérieures subaiguës, l'une primitive et l'autre syphilitique, par J. FROMENT et R. MASSON (*Le Journal de médecine de Lyon*, 20 août 1943).

Rappelant d'abord que c'est à MM. Souques et Majouanine que revient le mérite d'avoir apporté la preuve irréfutable du bien-fondé de la conception de Duchenne de Boulogne de la poliomyélite antérieure subaiguë, les auteurs rapportent deux observations. La première observation, à peu près calquée sur l'observation de Souques et Majouanine, sauf l'échec de la reproduction expérimentale par inoculation intra-cérébrale au lapin, ne diffère de la seconde, dont l'étiologie syphilitique ne faisait aucun doute en dépit de l'échec complet du traitement spécifique, que par le mode de progression du processus évolutif.

Tandis que dans le cas de poliomyélite antérieure subaiguë primitive, la progression s'est faite (comme, d'ailleurs, dans les cas antérieurement décrits) régulièrement et de proche en proche, se rapprochant peu à peu du bulbe, qu'elle finit par atteindre, dans le second cas (poliomyélite antérieure subaiguë syphilitique), on vit l'amyotrophie sauter brusquement des membres inférieurs à la région bulbaire sans que les membres supérieurs fussent atteints par le processus pathologique. Processus anatomo-pathologique qui, dans l'un comme dans l'autre cas, resta strictement limité aux cornes antérieures sans que rien ne traduise chez la seconde malade l'atteinte syphilitique de quelque autre système.

MM. J. Froment et R. Masson concluent cependant que, par l'ensemble de ses caractères cliniques, évolutifs et anatomiques et par son mode de progression, la poliomyélite antérieure subaiguë primitive paraît bien pouvoir être considérée comme une véritable affection autonome.

René CHARPENTIER.

Quelques réflexions d'un neurologue sur les séquelles de poliomyélite, par Aug. TOURNAY (*Revue médicale française*, août 1943).

On lira avec profit les conseils résultant de la grande expérience personnelle de M. Aug. Tournay, pour le diagnostic rétrospectif, les traitements et le pronostic des séquelles de poliomyélite. Il est des cas où la révision du diagnostic permettra de reconnaître une séquelle ou une forme prolongée d'encéphalite épidémique, ou de névrite à ultra-virus inconnu, et de modifier par conséquent le pronostic et le traitement.

Bien des erreurs peuvent être faites dans la conduite du traitement, qu'il s'agisse d'électrothérapie dont personne ne saurait mettre en doute l'opportunité ou les avantages, de chirurgie orthopédique dont le bénéfice apparaît d'avance quand l'indication en est bien posée, de rééducation motrice dont personne ne conteste la valeur et l'utilité, d'appareillage en vue de la suppléance de fonctions perdues par destruction ou en vue de récupération de

fonctions, qu'il s'agisse enfin des précautions ou de certaines mesures mineures de thérapeutique que rappelle M. Ang. Tournay. Tout doit être mis en œuvre, sagement, soigneusement, et avec persévérance, pour que soient atténués au maximum les troubles vaso-moteurs et thermiques et les menaces d'engelures pénibles, pour que soient ramenées au minimum les conséquences trophiques sur les muscles et même sur l'allongement des membres, et évitées les attitudes vicieuses que tendraient à fixer les rétractions musculolibro-tendineuses. Coordination et continuité contribueront à assurer l'amélioration du pronostic général des séquelles de poliomyélite.

René CHARPENTIER.

Compression du cône terminal et de la queue de cheval par hernie discale et arachnoïdite adhésive. Intervention chirurgicale, par P. NICAUD, A. LAFITTE et M. R. KLEIN (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 11 juin 1943).

Observation d'une femme de 29 ans qui présente, de décembre 1941 à juillet 1942, des accidents douloureux dans la jambe droite, traités comme une sciatique. Après une phase de répit, en octobre 1942 apparaissent au réveil des douleurs lombaires, de la raideur et des troubles sphinctériens : rétention vésicale et rectale suivie d'incontinence rectale. Le syndrome neurologique était caractérisé par une diminution de la force motrice des fléchisseurs du pied et des orteils et des fléchisseurs et extenseurs de la jambe sur la cuisse droite. Marche difficile ; réflexes rotuliens exagérés avec ébauche de clonus rotulien ; réflexes achilléens et médioplantaires abolis ; de plus, ébauche d'extension de l'orteil à droite ; enfin anesthésie en selle : anesthésie tactile (S^1S^5), abolition du réflexe anal, anesthésie thermique ($S^5S^4S^3$), anesthésie à la pigène (de S^5 à S^1 à droite, de $S^5S^4S^3$ à gauche). L'anesthésie douloureuse descend au tiers inférieur de la jambe droite. Les troubles sphinctériens sont stationnaires. La ponction lombaire a révélé une dissociation albumino-cytologique (albumine, 0,90 ; lymphocytes, 1,6) sans blocage ; la ponction sous-occipitale, une ébauche de dissociation (albumine, 0,40 ; lymphocytes, 1,4). Le lipiodol sous-occipital descend jusqu'à L^4 ; à ce niveau, il y a un arrêt net, absolu et définitif. Pas de lésion osseuse radiologique.

Malade opérée le 28 novembre 1942. Après laminectomie de L^3 L^4 L^5 S^1 , on trouve les racines agglomérées par une arachnoïdite adhésive. A la partie inférieure de L^4 , les racines sont prises dans un anneau fibreux et comprimées par une masse antérieure à laquelle adhère la dure-mère. La masse est extraite et a la structure du disque intervertébral. La compression était due à une luxation du tissu discal associée à une arachnoïdite adhésive. Quatre mois après l'intervention, guérison complète.

R. C.

Valeur clinique des zones d'hyperesthésie dans les sciatiques, par le professeur G. de MORSIER (de Genève). Communication à la *Société suisse de neurologie* (6-7 juin 1942). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1943, vol. LI, fasc. 1/2.

Etudiant les troubles de la sensibilité, chez un grand nombre de malades présentant de la sciatique, M. G. de Morsier conclut que les hyperesthésies en bande radiculaire en constituent l'un des signes les plus fréquents et les

plus importants. Existant également au niveau du cou et de l'épaule, chez les malades souffrant d'algies cervico-brachiales, elles traduisent la compression irritative des racines correspondantes.

La recherche, à l'aide de l'épingle, des zones d'hyperesthésie, doit être pratiquée régulièrement dans les compressions irritatives des racines, cet examen permettant « d'éviter facilement ou de redresser une quantité d'erreurs de diagnostic ».

René CHARBENTIER.

Les troubles neurologiques au cours du spondylolisthésis, par G. de MORSIER et ALPHONSE (de Genève). Communication à la *Société suisse de neurologie* (6-7 juin 1942). *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1943, vol. LI, fasc. 1/2.

Observation de spondylolisthésis, dans laquelle les troubles nerveux, particulièrement importants, sont associés à une hernie postérieure du disque intervertébral. Documents anatomo-cliniques et discussion de la pathogénie du syndrome.

R. C.

Les bases anatomiques de l'étude des sciaticques. Présentation de documents anatomiques et radiologiques, par S. de SÈZE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 juin 1943).

M. de Sèze montre comment la question des sciaticques s'éclaire à la lueur des données fournies par une étude anatomique précise du rachis lombosacré. Sur une coupe sagittale du rachis, on voit déjà clairement comment et pourquoi les racines lombaires supérieures sont à l'aise dans la gouttière latérale du rachis, tandis que les racines L₅ et S₁ y sont fort à l'étroit : une saillie discale, même modérée, qui ne produirait aux étages supérieurs aucun effet pathologique, suffit à mettre en danger les racines L₅ et S₁. Sur des coupes transversales du rachis lombaire à différents étages, on voit encore plus nettement que les racines lombaires L₅ et S₁, et elles seules, occupent dans la gouttière latérale du rachis une situation telle qu'une simple exagération de la saillie discale normale suffit à les comprimer. Recoupant les données précédentes, les documents radiographiques recueillis chez les sciatalgiques après injection de lipiodol établissent que la plupart des sciaticques graves, et probablement aussi beaucoup de sciaticques bénignes, relèvent en effet d'un processus de ce genre : hernie discale véritable ou simple exagération de la saillie normale du disque.

R. C.

Lésions cornéennes au cours d'un zona ophtalmique à début oculaire, par René NECTOUX (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 17 octobre 1942).

Les lésions ont évolué vers la profondeur suivant trois phases : épithéliale, parenchymateuse, endothéliale. M. René Nectoux fait observer l'analogie avec la vaccine et l'herpès et le fait que la localisation primitive de l'infection zostérienne sur la cornée n'est pas toujours parenchymateuse.

R. C.

Les paralysies zostériennes et le zona à début paralytique, par LÉON MICHAUX, M^{lle} GRANIER et R. LACOURBE (de Paris). (*La Presse médicale*, 16 octobre 1943).

Chez un homme de 44 ans, un zona cervico-brachial est apparu trois mois après la constatation d'une amyotrophie de même siège et a été suivi de paralysie avec accentuation de l'amyotrophie préexistante. A propos de cette observation et de trois cas relevés dans la littérature médicale, dans lesquels des troubles moteurs précéderent l'éruption, les auteurs soulèvent l'hypothèse de formes motrices pures du zona. Rien ne paraît s'opposer à la conception de zonas débutant par la corne ou la racine antérieures et ne s'accompagnant que tardivement d'atteinte radiculo-ganglionnaire postérieure. Et, de même que l'on a admis l'existence de zonas algiques purs, sans éruption (Vidal, Sicard) en se fondant sur la notion d'épidémicité, l'état fébrile, et la lymphocytose rachidienne, les auteurs envisagent l'existence de formes motrices pures ou sensitivo-motrices sans éruption, du zona, qui rendraient compte en particulier de certaines névrites des membres survenant de façon quasi-épidémique et coïncidant curieusement avec les épidémies de zona.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Méthodes chimiques d'investigation de la constitution et des maladies, par ERNST KRETSCHMER (*Archives internationales de neurologie*, janvier 1942).

Ce ne peut être que par un lien chimique que sont reliés la constitution héréditaire, la dynamique du développement psycho-physique et les formes de la taille, les tempéraments, les modes de réaction nerveuse, ainsi que les tendances malades qui en sont la conséquence.

Pour ses recherches, le professeur Kretschmer a suivi deux voies différentes se complétant : 1° des essais de stimulation pharmacologique d'organismes sains au repos et en équilibre ; 2° la détermination de « matières-signal », mettant en « état décompensé » les diverses constitutions, ceci plaçant au premier plan le problème des protéinases de défense spécifiques (Abderhalden). Les réactions-signal chimiques sont un procédé sensible d'enregistrement de toutes les fluctuations de l'équilibre intérieur : il y faut distinguer symptômes primaires et symptômes secondaires, réactions principales et effets de voisinage ou à distance.

Au même titre qu'aux résultats des stimulations pharmacologiques et des réactions-signal chimiques, la biologie constitutionnelle aura recours aux renseignements donnés par une anamnèse subtile, par la clinique (lignes variantes et fluctuations parfois difficiles à mettre en évidence de la structure du corps, du tempérament, des constitutions familiales, de l'hérédité), par l'analyse des courbes de développement, par la constatation de phases diverses, de changements. Ainsi, pourra être édifiée, sur une grande trame de corrélations psycho-physiques, une théorie de la constitution intérieure chimique et végétative de la construction du corps et des tempéraments, une biologie réelle de la personnalité totale.

René CHARPENTIER.

ENDOCRINOLOGIE

Les syndromes basedowiens, par Guy LAROCHE (*Diagnosics et Traitements*, février 1943).

En dépit des nombreuses théories proposées, aucune explication vraiment satisfaisante de l'ensemble des troubles présentés par ces malades ne peut encore être donnée. Cependant, depuis le début de ce siècle, une série de faits d'importance capitale, dans le domaine de la clinique, de la physiologie, de l'histologie, de la chimie, ont augmenté notablement nos connaissances des affections thyroïdiennes.

Préférable à celui de maladie de Basedow, le terme de syndromes basedowiens englobe l'ensemble des affections dont la base est l'hyperthyroïdie ou la dyshyperthyroïdie. Malgré la netteté du tableau clinique, il est beaucoup de cas dont le diagnostic reste difficile, et en premier lieu parce que les signes les plus caractéristiques peuvent manquer. Le début, souvent aigu, mais parfois lent et progressif, l'évolution discontinue par poussées aiguës et rémissions, donnent au syndrome des aspects variables. Le lien commun à ces états, aux goîtres basedowiens, aux adénomes toxiques, est l'hyperthyroïdie que l'on peut reconnaître, non seulement par les tests cliniques, mais aussi par les tests de laboratoire, parmi lesquels le métabolisme de base et les troubles du métabolisme iodé.

L'épreuve du métabolisme basal, si précieuse au clinicien averti, n'a pas la valeur absolue que d'aucuns lui attribuent. L'augmentation ou la diminution des échanges ne dépend qu'en partie du corps thyroïde et, même dans le cas de syndrome basedowien, le métabolisme peut être normal en dehors de poussées évolutives. Parmi les autres tests proposés, les plus intéressants sont ceux qui permettent de mettre en évidence les troubles du métabolisme iodé et, en particulier, le test d'iodurie provoquée de Grigaut, Trémolières et Guy Laroché, test qui met en valeur le trouble d'une fonction spécifiquement thyroïdienne.

René CHARPENTIER.

Sur quelques faits peu connus concernant les exophtalmies, par Guy OFFRET (*Revue médicale française*, avril 1943).

Les faits rapportés par M. Guy Offret montrent que le diagnostic et le traitement des exophtalmies demeurent parmi les problèmes les plus délicats de la pratique ophtalmologique. Certaines exophtalmies tardives, dites « malignes », observées au cours de la maladie de Basedow, posent, en particulier, un problème thérapeutique angoissant, le seul traitement efficace qui leur soit opposable étant la trépanation décompressive de l'orbite par ablation de ses parois osseuses.

René CHARPENTIER.

Action de la première lobectomie sur la structure du second lobe thyroïdien dans le traitement de la maladie de Basedow par la thyroïdectomie sub-totale en deux temps, par G. BIZARD et P.-J. GINESTE (de Lille). *La Presse médicale*, 12 juin 1943.

Etudiant les modifications histologiques, provoquées dans le second lobe thyroïdien dans quinze cas de goîtres basedowiens opérés par eux, MM. G.

Bizard et P.-J. Gineste montrent combien est complexe l'action de la thyroïdectomie sur l'évolution de la maladie de Basedow. Dans une première phase, l'amputation d'un certain nombre de cellules sécrétrices et l'augmentation relative de la quantité d'iode circulant à la disposition des cellules résiduelles tendent à l'abaissement du métabolisme de base et à la diminution des signes d'hyperthyroïdie. La seconde phase aboutit à l'hyperplasie compensatrice du fragment subsistant, avec retour rapide de la séméiologie complète du syndrome.

D'où cette conclusion que le stimulus pathologique qui détermine le syndrome basedowien semble extérieur à la glande et échappe, actuellement, à l'action thérapeutique. Seules peuvent être modifiées les conditions de réceptivité à ce stimulus et c'est là l'action de la thyroïdectomie, traitement purement symptomatique de la maladie de Basedow. Cette opération n'en conserve pas moins toute sa valeur pratique. Mais il semble y avoir intérêt à réduire le plus possible l'intervalle entre les deux temps opératoires et à poursuivre avec soin pendant cet intervalle le traitement médical, en particulier la médication iodée.

René CHARPENTIER.

Myxœdème sénile par syphilis tertiaire du corps thyroïde, par J.-E. PAILLAS (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, séance du 21 mai 1943).

Observation d'un homme de 70 ans, chez lequel évoluait depuis un an un myxœdème complet avec abaissement du métabolisme basal. Une syphilis antérieurement contractée, l'existence d'un nodule gommeux du corps thyroïde disparu après traitement iodé intensif plaident en faveur de l'origine spécifique. L'extrait thyroïdien (25 cg. par jour) a provoqué la guérison rapide du syndrome.

R. C.

Thyroïde et psychoses affectives, par LAIGNEL-LAVASTINE (*Bull. de l'Académie de médecine*, séance du 19 octobre 1943).

Rappelant qu'en 1919, à propos d'un cas, il a esquissé la description d'une « cirrhose thyroïdienne », passant par un stade de cirrhose hypertrophique avant d'aboutir à une cirrhose atrophique, M. Laignel-Lavastine en réunit huit cas dans cet exposé. Il conclut à l'existence d'une cirrhose thyroïdienne dont les lésions, trouvées à l'autopsie de malades atteints de « psychoses affectives », apportent la confirmation des rapports qui existent entre ces troubles psychiques et le fonctionnement de la glande thyroïde, sans qu'il soit cependant permis d'établir un rapport précis entre psychose périodique et lésion thyroïdienne, beaucoup de psychoses affectives évoluant sans lésions thyroïdiennes.

Mais il existe des psychoses thyroïdiennes avec substratum de cirrhose thyroïdienne, dans lesquelles on trouve des éperons endothéliaux intravésiculaires basedowiformes ; cette lésion pourrait permettre d'établir un lien entre certaines psychoses affectives survenant chez des basedowiens.

La psychose périodique ne saurait être considérée comme une affection mentale déterminée.

René CHARPENTIER.

La cachexie de type hypophysaire avec hyperglycémie, par Etienne MAY (*Société d'endocrinologie*, séance du 26 novembre 1942).

On observe parfois des cas dont l'allure clinique est celle de la maladie de Simmonds, mais dans lesquels l'analyse du sang montre une augmentation de la glycémie, alors que l'hypoglycémie est un des caractères essentiels de la cachexie hypophysaire. Ces cas ont, par contre, la particularité d'être très heureusement influencés par l'insuline qui est habituellement mal supportée dans la maladie de Simmonds. Il y a donc lieu de bien isoler ces faits qui ne relèvent pas d'une insuffisance totale de l'anté-hypophyse, mais d'un déséquilibre plus complexe accompagné peut-être d'une libération excessive de l'hormone glycéogénotrope de l'hypophyse.

R. C.

Vagotonine et excitabilité nerveuse centrale et périphérique, par M^{me} B. CHAUCHARD et P. CHAUCHARD (*Société de biologie*, séance du 9 octobre 1943).

Les auteurs décrivent l'action diphasique, excitante, puis dépressive de la vagotonine sur le système nerveux. Il existe un décalage dans l'évolution des chronaxies entre le cortex cérébral et la périphérie, si bien qu'à un stade les chronaxies corticales sont diminuées, tandis que les chronaxies périphériques sont augmentées. On peut interpréter ce phénomène comme la preuve d'une sensibilité plus grande de la base du cerveau sans doute en rapport avec le pouvoir anticholinestérasique signalé par Bovet et Santenoi de la vagotonine.

R. C.

Hermaphrodisme expérimental. L'embryogénie des organes génitaux, par A. VANDEL, professeur à la Faculté des sciences de Toulouse (*Diagnostics et Traitements*, juillet 1943).

Il serait vain d'opposer l'embryologie expérimentale à l'embryologie descriptive. L'étude des processus ontogéniques normaux (embryologie descriptive) et l'étude des développements expérimentalement perturbés (embryologie causale) exercent l'une sur l'autre des réactions constantes et nécessaires. En deux mémoires, M. Albert Raynaud (1) a apporté l'une des plus belles contributions de l'Ecole française à l'embryologie normale et expérimentale, le travail le plus solide, le plus approfondi consacré jusqu'à ce jour à la différenciation sexuelle des Mammifères.

L'intervention expérimentale est d'autant plus efficace qu'elle s'exerce plus tôt dans l'ontogénèse. En opérant sur l'embryon, on obtient des modifications profondes allant jusqu'à des inversions sexuelles complètes. De ces études et de ces expériences sur des souris (masculinisation des embryons

(1) RAYNAUD (A.). — Recherches embryologiques et histologiques sur la différenciation sexuelle normale de la souris (*Bull. Biol. France-Belgique*, suppl. XXIX, 1942, 114 p., 20 fig., texte et 2 pl.).

RAYNAUD (A.). — Modification expérimentale de la différenciation sexuelle des embryons de souris par action des hormones androgènes et oestrogènes (Etude des états d'intersexualité qui en résultent). (*Actualités scientifiques et industrielles*, n° 925-926, 1942, 463 p., 42 fig., texte et 19 pl.).

femelles par l'injection à la mère en gestation de propionate de testostérone, féminisation des embryons mâles par l'injection à la mère de dipropionate d'oestradiol), on est en droit de conclure que ce sont bien les hormones, mâle d'une part, femelle d'autre part, qui interviennent pour assurer la différenciation des organes sexuels de l'embryon. Le soma apparaît comme un ensemble neutre et équipotentiel sur lequel les hormones sexuelles peuvent jouer à leur gré.

Le déterminisme ontogénique des différentes parties du tractus génital des Mammifères étant ainsi complètement élucidé, il y a lieu de rechercher maintenant quelles sont les conditions de la différenciation de la gonade, le rôle des hormones embryonnaires et des gènes dans l'orientation sexuelle de l'embryon.

René CHARPENTIER.

Nanisme brachymélisque et puberté précoce, par J. DECOURT et J. GUILLEMIN (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 25 juin 1943).

Observation d'une femme de 31 ans, mesurant 1 m. 37. Le nanisme est dû surtout à la brièveté des membres. Il n'existe par ailleurs aucun signe d'infantilisme. Au contraire, la puberté a été anormalement précoce : les règles se sont installées à l'âge de 9 ans. Cette prématuration sexuelle peut rendre compte de l'arrêt de la croissance. Le syndrome paraît traduire une dysharmonie hypophysaire, l'entrée en jeu anormalement précoce de la fonction gonadotrope ayant coexisté avec une suspension prématurée de la fonction somatotrope. Pourtant, les auteurs ne concluent pas à une altération primitive de l'hypophyse, l'arrêt de la croissance et la prématuration sexuelle leur paraissent être deux manifestations parallèles d'un même trouble du développement, imputable sans doute à un facteur chromosomal.

R. C.

Les effets de l'implantation sous-cutanée de comprimés de propionate de testostérone chez un vieillard, par LÉON BINET et François VERLIAC (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 29 mars 1943).

Observation clinique d'un homme âgé de 88 ans présentant des troubles musculaires sphinctériens et intellectuels. Ce malade est incapable de se tenir debout, perd ses urines et ses matières, ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour de lui et lit un journal qu'il est incapable de commenter. M. Jean Cauchoix pratique une implantation sous la peau de 8 comprimés de 100 mg. chacun de propionate de testostérone. Trois semaines après, le malade fut capable de se lever, puis de descendre des escaliers. Les troubles sphinctériens disparurent et le malade s'intéressa à la lecture de livres de voyages. Cette amélioration persiste dix mois après l'implantation.

R. C.

Sur un cas de céphalée par hyperfolliculisme. Succès du traitement par le corps jaune, par GINESTRE et MERLEN (*Société de médecine du Nord*, séance du 16 avril 1943).

Observation d'une femme âgée de 40 ans présentant depuis un an une céphalée occipitale intense, continue, rebelle à toutes les thérapeutiques et qui s'exacerbait dans les jours qui précédaient les règles, mais disparaissait dès

l'apparition de celles-ci et pendant toute leur durée. Tous les examens étaient négatifs. L'existence d'une hyperménorrhée et la périodicité partielle de la céphalée plaidant en faveur d'un trouble ovarien, la biopsie de l'endomètre fut pratiquée et confirma l'hyperfolliculinisme. L'emploi du corps jaune eut un effet immédiat et durable sur la céphalée et sur le cycle menstruel.

R. C.

Le rôle du sympathique dans les réactions hormonales, par Christian CHAMPY (*Journées gynécologiques de Bordeaux, 13-14 mars 1943*).

M. Coujard a montré que le sympathique et ses ganglions terminaux participent aux actions hormonales, notamment dans le cas des hormones sexuelles, et que, si le sympathique est altéré ou absent, la réaction hormonale est affaiblie ou nulle. Le sympathique terminal paraît ainsi le substratum essentiel de la réceptivité aux hormones. Ces faits expliquent, d'une part, les asymétries de développement des organes récepteurs d'influences hormonales signalées après lésions nerveuses unilatérales, mais aussi les anomalies de sensibilité localisées qui constituent, par exemple, les adénomes ou les myomes localisés. La sensibilité aux hormones de certains d'entre eux au moins est évidente et leur caractère local ne peut dériver que d'une variation locale de la sensibilité qui peut être, soit due à une anomalie, soit due à une inflammation ou une irritation agissant localement sur le réseau sympathique terminal.

R. C.

Hormones et vitamines. Sur l'antagonisme thyroxine-vitamine B1, par G. MOURIQUAND, J. COISNARD et M^{me} V. EDEL (de Lyon). *La Presse médicale*, 13 novembre 1943).

M. G. Mouriquand a déjà antérieurement montré l'antagonisme existant entre hormone thyroïdienne et vitamine C et l'antagonisme thyroxine-vitamine A. Ces nouvelles expériences sur la chronaxie vestibulaire des pigeons confirment l'action antagoniste (aux doses indiquées) de thyroxine-B1. De ces données expérimentales découlent d'importantes déductions thérapeutiques, en ce qui concerne par exemple le surmenage musculaire chez les hyperthyroïdiens (au cours de surmenages musculaires chez ces sujets, asthéniques, la vitamine B1 est indiquée) et chez ces mêmes sujets aussi pour favoriser le métabolisme des glucides.

Chez certains enfants « retardataires », l'association de ces deux substances donnerait des résultats intéressants en activant les fonctions nerveuses. Thyroxine et B1 semblent, dans ces cas, « sommer » leur action tout en permettant à l'aneurine d'atténuer les effets défavorables de la thyroxine. Leur antagonisme physiologique commande alors leur synergie thérapeutique.

René CHARPENTIER.

Les acropathies de carence, par J.-M. BERT, D. BRUNEL, S. LISSITZKY et A. DONREZAN (*Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, séance du 4 juin 1943*).

Observation d'une femme de 34 ans dont le régime alimentaire était surtout composé de pain, de pommes de terre et de pâtes, et chez qui appa-

rurent des troubles complexes des extrémités : syndrome de Raynaud avec petites escarres de l'extrémité des doigts, douleurs et éyanose ; plus tard, infiltration importante de consistance ferme, élastique, accompagnée de rougeur et de sudation, gênant la préhension et la flexion des doigts. Cet aspect rappelle les mains suceulentes, endocrinienues et se rapproche également de certains syndromes aerodyniques. Il existait une hypoglobulinémie discrète avec élévation du quotient albumineux à 2,41.

Les auteurs rappellent à ce sujet les conceptions endocrinienues et endocrino-végétatives des syndromes actuels de carence et opposent la rareté relative des œdèmes de dénutrition dans le sexe féminin à la fréquence relative des diverses aeropathies : engelures, aerocyanose, onyxis, troubles vasculaires.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

Encéphalose azotémique à forme catatonique. Guérison par rechloruration, par Jean DELAY (*La Presse médicale*, 16 octobre 1943).

Rappelant la distinction qu'il a établie avec le professeur Lemierre entre l'encéphalose azotémique dans laquelle l'azotémie est la cause des manifestations cérébrales et l'encéphalite azotémique dans laquelle elle peut en être la conséquence, M. Jean Delay rapporte une observation d'encéphalose azotémique chez une jeune fille de 17 ans, confusion mentale azotémique grave, stuporeuse et presque comateuse, d'origine probablement exo-toxique et qui guérit en quelques heures à la suite d'injections rechlorurantes de sérum salé hypertonique. L'extraordinaire rapidité de la guérison, l'absence de signes d'insuffisance rénale, l'intensité de la déshydratation permettent de conclure à une azotémie par chloropénie, bien que la vérification par dosage des chlorures sanguins n'ait pu être effectuée.

A noter l'apparition, au cours de l'épisode confusionnel, d'un état catatonique (négativisme, suggestibilité avec catalepsie, stéréotypies) transitoire, que l'auteur a tendance à rattacher à l'action diencéphalique à laquelle est dû le tableau de l'encéphalose azotémique. Un érythème scarlatiniforme fugace, suivi de desquamation, et survenu sans fièvre et sans angine, peut être, soit symptomatique de l'azotémie (Chauffard), soit sous la dépendance de l'intoxication exogène, soit un simple érythème biotropique du neuvième jour.

René CHARPENTIER,

Cas de mort par le novarsénobenzol, par GOUGEROT, DUFERRAT, BRAULT et PIGUET (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 10 juin 1943).

Observation d'une femme de 31 ans, syphilitique secondaire, sans tares apparentes, qui reçut une série d'injections de novarsénobenzol de 15 à 90 cg., totalisant 3 gr. 75 ; 33 heures après la dernière injection, la malade se plaignit de céphalée occipitale, de vomissements ; elle était pâle, apyrétique ; puis elle tomba dans le coma avec convulsions et mourut au bout de deux jours en hyperpyrexie (42°). L'autopsie montra l'existence d'une encéphalite hémorragique.

R. C.

Cas de mort par le novarsénobenzol, par DEGOS, DELORT et CAPRON (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 10 juin 1943).

Observation d'un cas de mort chez une jeune femme, syphilitique secondaire, qui avait reçu quatre injections de 30, 45, 60, 75 eg. de novar. Le lendemain de la dernière injection, la malade se plaint de bouffissure de la face, avec céphalée et nausées ; le 3^e jour, la céphalée augmente avec vomissements ; puis torpeur, coma et mort le 3^e jour. Ce tableau clinique diffère de celui qu'on attribue à l'apoplexie séreuse ; les signes nerveux sont réduits à un état subcomateux, sans contractures vraies, ni crises convulsives, ni hypertension du liquide céphalo-rachidien (hyper-albuminose rachidienne à 0,85) ; tension artérielle basse ; la température ne s'éleva à 39° que quelques heures avant la mort. A l'autopsie, on nota des suffusions hémorragiques dans les hémisphères cérébraux.

R. C.

Cas de mort par le novarsénobenzol, par Ch. FLANDIN, M^{lle} SAINT-CÈNE, E. FLANDIN et CHAPUIS (*Société française de dermatologie et syphiligraphie*, séance du 10 juin 1943).

Cas de mort par ictère grave chez une jeune femme de 29 ans, de bonne santé apparente, qui reçut, pour une syphilis secondaire, une première série de novarsénobenzol de 6 gr. 75 bien supportée ; après un mois de repos, on recommence une série et, après la 2^e injection, la malade devient subictérique et, très rapidement, se développent des accidents dramatiques : ictère foncé, anurie, état ataxo-adyynamique, convulsions, coma et mort en 48 heures. Le liquide céphalo-rachidien était normal.

R. C.

L'arséniémie dans le traitement de la syphilis. Importance du système réticulo-endothélial, par VANHAECKE, A. BRETON et GUIDOUX (de Lille). *La Presse médicale*, 21 août 1943).

Contrairement aux conclusions de travaux antérieurs, les dosages d'arsénie dans les selles et les urines ne pourraient suffire à établir le métabolisme de l'arsenic. L'élimination uro-fécale ne serait pas fonction de l'arséniémie. Alors que celle-ci reste élevée pendant plusieurs semaines, l'élimination dure seulement pendant quelques jours, comme si elle portait sur la quantité d'arsenic excédant la capacité transformatrice des réticuloocytes. Ultérieurement, après son activation dans l'organisme, l'arsenic peut atteindre une concentration élevée dans le sang sans traverser le filtre rénal, fait qui serait en faveur de la combinaison de l'arsenic avec un radical protidique ne pouvant traverser un rein sain.

Les auteurs concluent que le système réticulo-endothélial joue un rôle primordial dans la genèse des accidents qui se produisent au cours du traitement de la maladie syphilitique, laquelle, pour certains, ne serait elle-même qu'une réticulopathie.

René CHARPENTIER.

Etude pharmacodynamique de la diphényldantoïne et de quelques hydantoïnes disubstituées cycliques, cyclaniques et acycliques, par R. TIFFENEAU et M^{lle} BEAUVALLÉ (*La Presse médicale*, 7 août 1943).

Très voisines des barbituriques (ce sont des glyeolylurées alors que les barbituriques sont des malonylurées), les hydantoïnes ou plutôt les dérivés disubstitués de l'hydantoïne ont fait leur apparition en 1916 dans la thérapeutique où fut d'abord utilisée leur action hypnotique, plus faible et plus toxique que celle des barbituriques. Putnam et Merritt (1937) mirent en évidence leur action antiépileptique. La diphénylhydantoïne exerce sur le système nerveux central de légers effets dépresseurs encéphaliques ; elle possède, en outre, des propriétés inhibitrices médullaires très nettes, qui permettent d'affaiblir ou de supprimer les secousses convulsives rythmées que provoque la strychnine chez le chien chloralósé.

M. R. Tiffeneau et Mlle Beauvallé ont utilisé cette propriété anti-convulsivante comme test pour étudier comparativement l'efficacité des nouvelles hydantoïnes disubstituées. De leurs expériences se dégage cette conclusion que, parmi les hydantoïnes disubstituées appartenant à la série cyclo-hexanique, celles dont la chaîne cyclanique est suffisamment substituée sont douées de propriétés anti-convulsivantes supérieures à celles de la diphénylhydantoïne et sont, en outre, moins toxiques.

René CHARPENTIER.

La stomatite du di-phényl-hydantoïmate de soude, par A. PLICHET, P. HENNION et N. GIRAUD (de Paris). *La Presse médicale*, 20 novembre 1943.

A propos d'une observation de gingivite hyperplasique à type scorbutique chez un enfant de 12 ans au cours d'un traitement anti-épileptique par le di-phényl-hydantoïmate de soude, les auteurs rappellent les cas signalés aux Etats-Unis, en particulier par Merritt et Putnam, Kimball surtout qui en a rapporté de nombreux cas. Cette gingivite s'associait à une déficience en vitamine C et l'intensité des manifestations gingivales était d'autant plus marquée que le taux d'acide ascorbique était plus bas, pouvant descendre jusqu'à 10 pour 100 de la normale. La grande efficacité de l'administration d'acide ascorbique fut telle que les auteurs se demandent s'il n'y aurait pas intérêt à en donner de hautes doses préventivement à tous les enfants soumis au traitement prolongé par des médicaments à base d'hydantoïne. Alors que le régime alimentaire ne pouvant être incriminé dans les observations publiées Kimball rend le di-phényl-hydantoïmate de soude directement responsable de la carence en vitamine C, MM. A. Plichet, P. Hennion et N. Giraud ont tendance à penser que cette carence est due au mal émital lui-même.

René CHARPENTIER.

Etat de mal épileptique guéri instantanément par une injection d'air par voie lombaire, par LÉGER et PERBEAU (*Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 2 juin 1942).

Etat de mal épileptique chez une jeune fille de 16 ans présentant des crises d'« épilepsie essentielle ». Echec des thérapeutiques antérieurement

tentées. Injection intra-rachidienne de 20 cm³ d'air. Cessation immédiate de l'état de mal. La guérison s'est maintenue pendant un mois. Reprise sexuelles dans la production des troubles mentaux et à l'impossibilité clinique d'attacher une importance exclusive à telle hormone considérée en particulier.

René CHARPENTIER.

Incontinence d'urine et spina bifida occulta, par M. PERRIN (*Académie de chirurgie*, séance du 16 juin 1943).

M. Perrin signale les résultats intéressants obtenus par lui dans 15 cas par la technique de Delbet : laminectomie élargie, ablation de l'agent de compression, que celui-ci soit un peloton fibre-conjonctif ou des bandelettes fibreuses transversales.

R. C.

Mode d'action des sulfamides. Rapports entre leur constitution chimique et leurs effets antimicrobiens, par G. LEVADITI (*La Presse médicale*, 24 juillet 1943).

Des recherches chimiques et expérimentales récentes sur le mode d'action des sulfanilamides permettent de conclure que les sulfanilamides (surtout les substitués par des molécules hétérocycliques) sont des antivitamines puissantes qui s'opposent, aussi bien *in vivo* que dans l'organisme, à la pullulation microbienne. Vivantes encore, mais incapables de se multiplier, les bactéries deviennent alors facilement la proie des moyens défensifs de l'organisme (phagocytose) et l'infection est ainsi jugulée.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des actions toxique et bactériostatique des sulfamides par la méthode des cultures de tissu, par J. et A. VERNE, G. MENÉGAUX et P. DUREL (de Paris). *La Presse médicale*, 11 décembre 1943.

Les applications locales prenant en sulfamidothérapie une place de plus en plus grande, il était permis de se demander si, au moins à certaines doses, elles ne risquent pas de troubler la vitalité des tissus et de diminuer ainsi le potentiel de réparation des plaies. Etudiant cette question par la méthode des cultures de tissu, les auteurs concluent de leurs expériences que les trois sulfamides étudiés (1162 F., 693 et 2090) sont peu toxiques vis-à-vis des cultures de fibroblastes et d'épithélium rénal.

Etudiant, dans les mêmes conditions générales d'expérimentation, l'action bactériostatique des corps sulfamidés, les auteurs concluent de ces nouvelles expériences que : 1° l'action bactériostatique des sulfamides ne se manifeste qu'en milieu largement aérobie, elle est si nette que le tissu continue à pousser comme si la culture n'avait pas été infectée (expériences faites avec du streptocoque) ; 2° l'oxydation directe du sulfamide (par MnO_2 ou H_2O_2) favorise son action bactériostatique, même en l'absence de milieu largement aérobie. Il semble donc bien que le rôle favorisant de l'oxydation des sulfamides dans la bactériostase soit évident.

René CHARPENTIER.

Questions cliniques d'actualité concernant les sulfamides, par J. CÉLICE
(Société de pathologie comparée, séance du 12 octobre 1943).

Exposé de nouvelles méthodes d'emploi des sulfamides, tant au point de vue prophylactique que curatif. L'auteur insiste sur les injections de solutions concentrées de sulfathiazol et le sulfamidothiourée à proximité des foyers de suppuration et rapporte les cas où cette technique, après échec d'autres traitements, a permis, sans opération, de guérir des tétanos (post-abortum en particulier), etc. Il attire l'attention sur le danger des poudrages intempestifs avec les sulfamides non stérilisés dans les cavités closes, et insiste sur la nécessité de ne faire des applications locales qu'en connaissant exactement la dose employée.

Il indique que, pour les pneumocoques, comme pour les gonocoques et les méningocoques, le pourcentage des sulfamidorésistances dépend beaucoup de l'importance des doses initiales. Néanmoins, il faut faire la part des antisulfamides (acide paraaminobenzoïque), des races de microbes, de l'accoutumance des microbes aux médicaments et d'un facteur individuel propre aux malades.

Passant en revue les nouveaux corps sulfamidés, non commercialisés, il indique le mode d'emploi, dans les infections intestinales, de la sulfaguanidine. Les dérivés succinylés des sulfathiazol et de la sulfathiourée sont également efficaces. Mais les derniers venus, les dérivés méthylés de la sulfadiazine, paraissent être d'une activité au moins comparable, sinon supérieure à celle de leurs anciens.

R. C.

Conduite à tenir dans les méningites purulentes, par M. JANBON (*Diagnos-
tics et Traitements*, juillet-août 1942).

Alors que la méningite cérébro-spinale épidémique était naguère la seule méningite purulente accessible à la thérapeutique, depuis 1937, nous avons dans la sulfamidothérapie un traitement efficace de la plupart des méningites purulentes. A la sérothérapie systématique, s'est substituée la sulfamidothérapie systématique.

Après quelques données générales sur le choix du produit, les voies d'administration (la voie buccale restant la voie de base, suffisante dans beaucoup de cas) et les règles de posologie (la sulfamidothérapie doit être précoce, massive, fractionnée, de courte durée), M. Janbon expose de façon claire et précise comment le traitement doit être conduit. Tout d'abord, le traitement initial commun à toutes les méningites purulentes : prélever aseptiquement le liquide céphalo-rachidien, commencer la sulfamidothérapie immédiatement, ne jamais oublier de vérifier l'état auriculaire, ne pas négliger de prescrire en même temps le traitement adjuvant. Il indique ensuite les règles variables selon les variétés étiologiques, de la poursuite du traitement.

Avec un traitement correct, il est légitime d'escompter 95 0/0 de succès dans les méningites à méningocoques, 90 0/0 dans les méningites à streptocoques, 40 0/0 seulement dans les méningites à pneumocoques, et de bons résultats dans toutes les autres variétés de méningites purulentes.

René CHARPENTIER.

Guérison d'une méningite à pneumocoques par le p-aminophénylsulfamido-2-pyrimidine (sulfapyrimidine) après échec des traitements sulfamidés classiques, par René MARTIN, B. SUREAU, N. BOURCART et P. BABOUCOT (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 22 octobre 1943).

Après avoir rappelé la gravité des méningites à pneumocoques, malgré le traitement par les sulfamides classiques, les auteurs rapportent l'observation d'une fillette de 5 ans qui, traitée depuis vingt jours successivement par le 1162 F, le 693 et le sulfamido-thiazol, conservait toujours un liquide purulent avec pneumocoques décelés par la culture ; les vomissements incoercibles empêchaient d'intensifier le traitement. La sulfapyrimidine, ou adiazine ou pyrimal, bien mieux tolérée, put être administrée à une dose beaucoup plus élevée (plus de 1 g. par kg. de poids) sans déterminer de vomissements, ce qui permit d'obtenir dans le liquide céphalo-rachidien une concentration de 64 mg. pour 100, concentration jamais obtenue jusqu'à ce jour. Guérison en quelques jours.

R. C.

Encéphalite zonateuse. Guérison par les sulfamides. L'intérêt de la sulfamidothérapie en neurologie, par J. DEREUX (de Lille). (*La Presse médicale*, 26 septembre 1942).

A propos de l'observation d'une fillette de 6 ans ayant fait, au cours d'un zona du pli de l'aîne, une encéphalite grave, immédiatement jugulée par la médication sulfamidée, M. J. Dereux conclut qu'il y a intérêt à tenter cette thérapeutique dans certaines affections parenchymateuses du système nerveux, dans celles surtout que l'on croit être sous la dépendance de virus neurotropes. Les voies digestive, sous-cutanée et intra-musculaire sont les meilleures et, en prenant les précautions d'usage, le malade ne court aucun risque du fait du traitement. Quant à la médication anti-infectieuse banale, aléatoire, elle trouvera sa place en cas d'échec éventuel de la médication sulfamidée, à laquelle elle peut peut-être, d'ailleurs, être associée sans inconvénient.

René CHARPENTIER.

Cécité par névrite optique atrophique bilatérale consécutive à la sulfamidothérapie, par MONBRUN (*Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 20 février 1943).

Il s'agit d'une femme de 34 ans, qui avait absorbé et bien supporté du dagénan. Une nouvelle prise de ce médicament ayant provoqué des nausées, le traitement sulfamidé ne fut pas continué. Trois semaines après, la malade fut soumise au sulfothiazol. Du 2 mars au 7 mars 1942, elle en absorba 38 g. Le 7 mars, dernier jour du traitement, la malade accusa une baisse considérable de la vision. Une névrite optique à début rétro-bulbaire (avec scotome central pour les couleurs) aboutit, en quelques semaines, à une atrophie complète des deux nerfs optiques.

Sept jours après la suppression du traitement, l'examen du sang montrait encore 2 mg. 25 de sulfamide pour 100. On constata, pendant quelques jours, des troubles polynévritiques à forme purement sensitive (fourmil-

lement, analgésie à la piqûre, anesthésie thermique). Cette malade ne présentait aucune tare oculaire antérieure. Le fonctionnement rénal était normal. Elle n'avait absorbé, dans les semaines précédentes, aucune médication susceptible d'être incriminée. Il y a lieu de se demander si la prise préalable de dagénan n'avait pas créé un état de sensibilisation.

R. C.

Névrite sulfamidique grave chez un enfant de 4 ans, par L. CAUSSADE et P. MICHON (*Société de médecine de Nancy*, séance du 7 juillet 1943).

A la suite d'injections de 693 soluble, injecté par mégarde en pleine fesse, un enfant de 4 ans a présenté une paralysie sciatique sensitivo-motrice grave, avec inexcitabilité faradique et hypoexcitabilité galvanique. Aucune autre étiologie ne peut être valablement invoquée, et la toxicité du produit porté au contact du nerf est à rapprocher de celle qu'il manifeste vis-à-vis de la moelle ou de la queue de cheval, de par son alcalinité et la véritable asphyxie locale qu'il détermine.

R. C.

Névrite sciatique sulfamidique grave, par FERRU (de Poitiers). (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 27 novembre 1942).

Observation d'une fillette de 4 ans guérie d'une péritonite à pneumocoques par des injections intramusculaires de 693, qui ont laissé une névrite sciatique droite grave. L'auteur insiste sur la fréquence méconnue et la gravité habituelle des accidents nerveux de la sulfamidothérapie.

R. C.

Que faut-il penser de la sérothérapie de la poliomyélite, par P. LÉPINE (de Paris). (*La Presse médicale*, 9 octobre 1943).

De cette étude critique, M. P. Lépine conclut que ni la théorie, ni l'expérimentation, ni la clinique ne permettent d'attribuer à la sérothérapie une action favorable sur l'évolution de la paralysie infantile.

R. C.

Réflexions sur les bases biologiques, les indications et dangers des thérapeutiques hormonales, par R. KEHL (*Diagnostics et traitements*, juillet-août 1943).

La nécessité d'une liaison étroite entre la recherche biologique et la clinique n'est plus à démontrer. L'endocrinologie en est le meilleur exemple. En médication endocrinienne, une grande précision est indispensable. Il ne faut pas oublier que quelques centièmes de milligramme de folliculine, administrés en plus ou en moins à l'animal en phase lutéinique, font passer de l'antagonisme hormonal ovarien à la synergie. Aussi ne faut-il prescrire les thérapeutiques hormonales qu'avec des notions scientifiques sûres et claires.

Les hormones ne doivent pas être utilisées au hasard, sans diagnostic précis, et dans les cas où l'on peut s'en passer. Une cure hormonale ne doit

pas, sans danger, être indéfiniment poursuivie. Il faut rejeter les produits ou les doses peu efficaces, les produits complexes à action biologique mal précisée.

Mais avoir un but précis, un diagnostic précis, étayé sur des tests biologiques certains, instituer une thérapeutique rationnelle à dose strictement efficace, sans excès dont les résultats peuvent être désastreux. Surtout chez les sujets jeunes, tenter d'activer la glande déficiente plutôt qu'une action substitutive, s'adresser enfin à des produits chimiquement ou tout au moins biologiquement purs : sels d'hormones sexuelles et cortico-surrénale, thyroxine de synthèse, adrénaline, hormone gonadotrope, prolactine. L'hormone doit être utilisée en injection.

René CHARPENTIER.

Goître, par H. WELTI (*Diagnostics et Traitements*, juin 1943).

L'intervention chirurgicale est le traitement de choix de la maladie de Basedow et, dans les cas graves d'hyperthyroïdie, la thyroïdectomie subtotale s'impose. Dans les formes légères, il convient, avant de prendre une décision, d'éliminer avec soin les syndromes pseudo-basedowiens.

M. H. Welti insiste sur les avantages des interventions précoces, et les conséquences des échecs d'une thérapeutique médicale. La guérison des troubles cardiaques et des troubles oculaires, en particulier, est plus complète lorsque le malade est opéré précocement et le risque opératoire de la thyroïdectomie est également fonction de la précocité de l'opération.

Les résultats de l'opération sont excellents : disparition de tous les troubles, transformation complète du malade, tant physique que psychique.

La fréquence relative de la transformation maligne des adénomes thyroïdiens conseille l'intervention à l'égard de tout goître qui, sans cause, se met à grossir ou à déterminer des accidents, cela même chez les jeunes. En cas de cancer, la thyroïdectomie doit être très large et, au niveau du lobe malade, il importe qu'elle soit totale. En dehors de ce cas particulier, ne jamais troubler la fonction de la thyroïde, ménager toujours une quantité suffisante de tissu thyroïdien : on évitera ainsi le myxœdème et ses diverses complications, psychiques en particulier, et on sera à l'abri d'accidents de tétanie, encourageant un moindre risque de blesser les parathyroïdes.

René CHARPENTIER.

Reflexions consécutives à quelques considérations sur les goîtres exophtalmiques, par BRÉMOND (*Société de Chirurgie de Marseille*, séance du 28 juin 1943).

M. Brémont classe les cas en quatre catégories : 1° maladie de Basedow suraiguë ; 2° maladie de Basedow invétérée ; 3° maladie de Basedow nettement confirmée mais relativement récente ; 4° maladie de Basedow au début. Il indique quel doit être le comportement dans ces divers cas.

Pour les cas suraigus, n'intervenir que si le métabolisme basal est peu élevé et si l'électro-cardiogramme montre un myocarde non déficient. Dans les cas invétérés être très circonspect. Dans les cas confirmés relativement récents, faire suivre au malade une cure de repos et de lugol, attendre l'abaissement du métabolisme basal et celui de tachycardie, puis intervenir.

Enfin, pour les cas de maladie de Basedow au début, l'opération ne se discute pas.

L'anesthésie sera le plus souvent l'infiltration locale à la syncaïne à 1 pour 200. L'auteur estime que le plus souvent on doit recourir à l'enucléation sub-totale, sous-capsulaire. L'enucléation totale ne se fait jamais. Les ligatures des artères thyroïdiennes comme premier temps de l'intervention n'ont que des indications très limitées.

R. C.

De l'utilisation du sérum physiologique comme adjuvant thérapeutique,
par Erwin STRANSKY (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, Vol. LXV II, fascicule 1, 1941).

Après avoir publié en 1937 le résultat des expériences faites avec du sérum physiologique dans des cas de sclérose multiple, l'auteur a interrompu ses recherches cliniques mais il s'est rendu compte que la voie qu'il avait ouverte avait été suivie avec intérêt par d'autres.

Dans ses publications, M. Stransky est parti de l'idée que la sclérose multiple est probablement due à un agent infectieux. Il a fait de ce point de départ une hypothèse de travail mais ajoute que, pour juger de l'action thérapeutique du sérum physiologique, il faut sortir du cercle étroit des maladies infectieuses. Il rappelle à ce sujet l'usage de la transfusion de sang et de sérum dans des cas de chirurgie et de médecine interne.

L'auteur estime qu'il serait intéressant de compléter ses propres constatations en poursuivant les recherches sur l'application d'une thérapeutique complémentaire par le sérum physiologique, notamment dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique générales.

O. FOREL.

La novocaïne intraveineuse, par VANBRAECKE, A. BRETON et GUIDOUX (de Lille). *La Presse médicale*, 26 juin 1943.

Uniquement employée d'abord pour l'anesthésie locale, à cause de sa toxicité dix fois plus grande par voie intraveineuse que par voie hypodermique, la novocaïne, après avoir été utilisée en injections intra-artérielles, est maintenant d'un emploi de plus en plus fréquent par voie intra-veineuse en thérapeutique générale, particulièrement comme médicament correcteur des déséquilibres neuro-végétatifs. Les auteurs en ont étudié l'action dans l'asthme et les dyspnées de différente nature. L'action obtenue par ce procédé dans des maladies allergiques comme l'asthme les a incités à en étendre le bénéfice à des allergies médicamenteuses, telle l'allergie au novarsénobenzol. L'injection préalable de novocaïne intra-veineuse leur a permis de reprendre l'arsénothérapie chez des sujets qui avaient manifesté de l'intolérance à l'égard de ce traitement, de pratiquer aussi le traitement anti-syphilitique avec des doses fortes d'emblée, sans faibles doses initiales, cela avec des résultats beaucoup plus actifs et « sans accidents immédiats ». A noter cependant, sur 250 malades, un cas d'apoplexie séreuse mortelle.

Cette technique a été également tentée avec succès dans un cas de coma post-opératoire avec syndrome neuro-végétatif (Ribadeau-Dumas et Guillaume), succès qui montre la diffusion générale de la novocaïne, dont l'action s'exerce sur les centres diencephaliques régulateurs. Notons encore les

bons résultats obtenus sur l'état affectif dans des cas d'hypertension artérielle neurotoxique et sur les douleurs dues à certaines coronarites. Introduite dans la thérapeutique en 1941 par Dos Ghali, Bourdiu et Guiot, la novocaïne intra-veineuse mérite donc de retenir l'attention prudente des neuro-psychiatres.

René CHARPENTIER.

L'injection intraveineuse de novocaïne au cours des comas prolongés consécutifs à l'intoxication oxycarbonée, par L. JUSTIN-BESANÇON et Claude LAROCHE (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 octobre 1943).

Rapprochant les comas prolongés succédant à une intoxication oxycarbonée correctement traitée par le carbogène de ceux observés à la suite de certaines interventions sur le cerveau, MM. L. Justin-Besançon et Claude Laroche ont tenté la même thérapeutique que les neuro-chirurgiens : l'injection intra-veineuse de novocaïne. Sur seize comas ainsi traités, quatre se sont dissipés avec une rapidité impressionnante, le malade se réveillant dans les minutes ou dans la demi-heure suivant l'injection. Dans douze cas, par contre, la novocaïne n'a pas eu d'effet immédiat appréciable, que l'évolution ultérieure se soit faite vers la guérison ou vers la mort. Il est très difficile d'interpréter ces effets de la novocaïne dans les syndromes post-opératoires neuro-chirurgicaux ou dans les séquelles comateuses de l'intoxication oxycarbonée : une action vasculaire et neuro-végétative centrale est probable.

R. C.

Le venin de cobra dans le traitement de la douleur, par Jean BILLIOTTET, médecin de la marine (*Diagnostics et traitements*, mai 1943).

De toutes les sécrétions venimeuses, c'est le venin de cobra qui paraît donner le maximum d'action antalgique ; c'est lui aussi qui, ces dernières années, a été de beaucoup le mieux étudié cliniquement et biologiquement. Le seuil d'efficacité est obtenu le plus souvent avec des doses très faibles utilisées par voie intradermique. Ce sont surtout les névrites, quelle que soit leur étiologie, qui bénéficient de ce traitement. Lorsque le processus d'origine est infectieux ou toxique, les résultats acquis le sont le plus souvent de façon définitive, et même lorsque l'algie est liée à une cause anatomique intangible, ils se maintiennent pendant plusieurs mois. On obtient également par ce traitement l'amélioration des douleurs d'origine sympathique, des crises douloureuses tabétiques, des contractions douloureuses, de certains rhumatismes chroniques.

La technique est avant tout subordonnée à ces trois faits : seuil d'efficacité, dose optimale et seuil d'intolérance dont le respect attentif conditionne le succès. Le médecin doit avoir les yeux fixés sans cesse sur les réactions individuelles des malades, auxquels il applique cette thérapeutique à l'aide du venin purifié, déprotéiné, toujours identique à lui-même, qui ne crée aucune accoutumance et ne présente aucun danger. Les résultats sont bien plus durables que ceux obtenus par l'emploi des barbituriques ou des dérivés de l'opium. Dans les sciatiques rebelles, M. J. Billiottet a presque toujours vu le venin de cobra agir en une semaine au plus là où avaient échoué tous les autres procédés thérapeutiques antérieurement tentés.

René CHARPENTIER,

Guérison d'un prurit sénile par une médication antihistaminique de synthèse, par LEFRANC et ORTEGA (*Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres*, séance du 3 mars 1943).

Observation d'un malade de 70 ans atteint de prurit généralisé rebelle essentiel, guéri par l'administration de 0,80 par jour de 2339 RP. Les auteurs insistent sur l'intérêt de cette thérapeutique, dont le seul désavantage est la nécessité de continuer pendant longtemps la dose d'entretien.

R. C.

Le traitement des prurits ano-génitaux par le chlorhydrate de yohimbine, par JAUSION, CALOP et CARLIER (*Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, séance du 13 mai 1943).

D'expériences portant sur 28 cas, les auteurs concluent que le chlorhydrate de yohimbine injectable, relayé par la yohimbine buccale, apparaît, sinon le traitement électif, du moins une excellente médication du prurit ano-génital. Il faut cependant prévoir quelques échecs, probablement même des récidives.

R. C.

Les infiltrations autour de l'artère temporale dans le traitement de la migraine, par René FONTAINE (*La Presse médicale*, 16 octobre 1943).

A propos de deux cas personnels, de résultats heureux, le professeur René Fontaine signale que lorsque la thérapeutique habituelle des accès migraineux (dont l'origine variable demande une thérapeutique adaptée pour laquelle les traitements classiques gardent leur valeur) a échoué, on peut avoir recours, non seulement à des infiltrations stellaires et sino-carotidiennes qui donnent parfois des succès durables, mais à des infiltrations anesthésiques péri-temporales qui se recommandent par leur simplicité. M. René Fontaine conclut que ces injections bi-temporales de scurocaïne peuvent remplacer l'artériotomie temporale à laquelle M. Massart a proposé récemment de revenir.

René CHARPENTIER.

Discussion sur la fréquence des sciaticques par compression discale et sur leur traitement chirurgical, par S. DE SÈZE (*Revue médicale française*, juin 1942).

Les compressions radiculaires sciaticques d'origine discale sont fréquentes, mais doivent être cherchées très latéralement et présentent des formes mineures qu'il faut savoir reconnaître. Il s'agit souvent d'une saillie du disque intervertébral modérée, mais aggravée dans la station debout et les efforts par la protrusion supplémentaire du disque et par la congestion veineuse.

Trois procédés curatifs sont actuellement à la disposition du neuro-chirurgien : ablation au bistouri ou à la curette de la saillie discale, suppression large du plan apophyso-ligamentaire postérieur avec résection totale du ligament jaune et apophysectomie partielle ; dans certains cas, enfin, section de la racine comprimée ou menacée.

René CHARPENTIER.

Section intra-dure-mérienne d'une racine postérieure du sciatique comme traitement d'une sciatique discale très rebelle, par S. DE SÈZE, J.-M. GUILLAUME et A. CHARBONNEL (*Revue médicale française*, juin 1942).

Dans un cas d'hernie discale d'extirpation très difficile, les auteurs procédèrent à la section de la racine postérieure comprimée. Le résultat fut la guérison immédiate et complète d'une sciatique rebelle datant de dix ans. La racine qui avait été l'objet de cette compression prolongée était augmentée de volume et de consistance scléreuse et l'ablation du nodule s'était avérée difficile.

Ils concluent à l'indication de la radicotomie lorsque l'ablation du nodule rencontre des difficultés sérieuses, dans les cas aussi où l'intervention, tout en montrant un aspect très anormal d'une racine, ne permet pas d'identifier ni de localiser avec certitude la cause de la compression.

René CHARPENTIER.

Le problème thérapeutique de la sacralisation douloureuse, par André SICARD (*Revue médicale française*, juin 1942).

Depuis que Bertolotti a attiré l'attention sur la sacralisation, on a voulu la rendre responsable de toutes les algies du carrefour lombo-sacré. Même dans les cas où l'examen le plus complet, les radiographies les plus minutieuses ne révèlent aucune autre cause nette que la sacralisation, il faut penser au rôle possible d'une hernie discale postérieure, de l'épaississement hypertrophique du ligament jaune, de l'épidurite, de l'arachnoïdite adhésive, de la sclérose des gaines radiculaires, dont la constatation opératoire, il faut bien le reconnaître, n'est pas toujours évidente. Dans la sacralisation, la cause de la douleur se rencontre sans doute beaucoup plus fréquemment dans le trajet intra-rachidien des racines que dans leur trajet extra-rachidien ou dans le trou de conjugaison. Qu'il s'agisse d'une hernie discale ou d'une modification réactionnelle des tissus qui entourent la racine, le mécanisme d'irritation ou de compression est le même. La sacralisation douloureuse entre ainsi à son tour dans le groupe des sciatiques dites chirurgicales. Un traitement opportun permettra un pronostic favorable.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE SOCIALE

Essai sur une théorie de l'intervention des assurances sociales dans le domaine de la santé et du bien-être, par le Dr R. H. HAZEMANN, Chef des services médico-sociaux de l'Office public d'hygiène de la Seine (12 pages in *Bull. de documentation de l'Union des caisses d'assurances sociales de la Région parisienne*, n° 292, 1^{er} mars 1942).

On lira avec intérêt ces douze pages dans lesquelles M. R.-H. Hazemann a condensé et schématisé toute une doctrine du salaire social et des soins à la population par l'intermédiaire des Assurances sociales. Les fonctions de l'auteur, chef des services médico-sociaux de l'Office public d'hygiène sociale, du département de la Seine, chargé de conférences aux Instituts

d'hygiène et d'urbanisme, engagent à prêter grande attention aux idées exprimées dans cet essai et au retentissement qu'elles peuvent avoir sur l'organisation en France de l'hygiène et de la prophylaxie mentales.

Pour établir les bases du salaire, tenir compte uniquement des mérites, du rendement, ou ne tenir compte que des besoins indispensables à la vie du travailleur, aboutirait, soit à une impossibilité sociale, soit à une baisse de la production. En fait, par le jeu des allocations, indemnités, pensions, secours, lois et services divers d'assistance, il se fait une re-répartition des revenus, se montant annuellement à plus de 20 0/0 du revenu national. A cet ensemble de recettes, dont certaines ne constituent pourtant pas un paiement de services, M. Hazemann donne le nom de « salaire social ». Envisageant les assises économiques de ce salaire social, il distingue les besoins, produits ou services, dont la demande est rigide, le pain par exemple, et ceux dont la demande est élastique, produits « de luxe » dont la demande varie avec les possibilités, c'est-à-dire avec le taux des revenus.

Pour les familles dont les ressources sont incompatibles avec l'existence, des lois d'assistance, de bienfaisance ont été prévues. Mais pour une fraction beaucoup plus large de la population, il n'est pas question d'assistance, c'est d'assurance qu'il s'agit. Les Assurances sociales ont donc pour but, indépendamment de toute idée de rendement, de protéger le niveau de vie du travailleur et de sa famille, de concourir à leur bien-être. Cela, en particulier, quand la maladie vient priver le travailleur de ses ressources normales ou, si c'est sa famille qui est malade, vient ajouter à ses charges.

La santé physique, intellectuelle et morale de la famille est, en effet, le premier des biens ; elle est essentielle à la collectivité. Or, pour les soins comme pour les autres produits ou services, il existe une partie rigide, médecine traditionnelle, soins à la maladie qui provoque l'incapacité de travail. Mais il existe une non moins importante partie élastique, c'est celle de la médecine préventive, celle de la prophylaxie des maladies. L'Assurance sociale y pourvoit. Tendante à corriger les défauts d'une économie qui serait uniquement basée sur le rendement, sur l'offre et la demande, elle constitue ainsi une des formes du salaire social, de ce salaire social, ossature économique d'une véritable politique sociale. Par l'accès aux soins qu'elle facilite à toute une partie de la population, elle contribue, de plus, à son éducation sanitaire. On aperçoit ainsi quel rôle peuvent être appelées à jouer les assurances sociales pour la prophylaxie des maladies.

Car, la fraction « élastique » des soins ne peut en aucune façon être considérée comme « produit de luxe ». Sa valeur sociale est évidente. Et, elle correspond à des actes médicaux nombreux, nécessitant des appareillages, des recherches complémentaires, des examens par des spécialistes, donc à des dépenses relativement élevées que beaucoup ne pourraient assumer sans le concours des assurances sociales. Le service social aura pour rôle de distribuer en nature, sous une forme individuelle, humaine, éducative, une part du salaire social.

Lorsque des épreuves les atteignent, les assurances sociales assurent donc aux travailleurs et à leurs familles un véritable minimum vital. En cas de maladie, elles permettent à l'assuré de subsister (indemnité journalière), de se soigner (soins médicaux et pharmaceutiques) et à la famille de s'étendre par la protection médico-sociale de l'enfance. Cela, nous l'avons dit, avec l'aide du service social. Aussi, M. Hazemann conclut-il que, pour atteindre ce but, les assurances sociales devront utiliser les installations exis-

tantes et même « avoir la faculté d'intervenir directement sur le marché » des soins, au besoin en créant des institutions de diagnostic, des établissements « sements modèles de cure et de traitement... ».

Réserve faite cependant qu'« il semble qu'il n'y ait pas intérêt dans « notre état social et économique actuel, à ce que les Caisses prennent en « charge tous les soins de toute la population », limitant leur action aux « familles économiquement faibles », mais en collaborant « avec les Pou-« voirs publics pour que la population non assurée soit à même de rece-« voir des soins équivalents, aussi bien à titre curatif que préventif ».

On voit l'ampleur et on entrevoit les conséquences d'un tel programme, tant pour l'exercice de la médecine que pour la prophylaxie de la santé publique, physique et mentale. L'institution de Centres de santé, qui réuniraient dans un même immeuble : un service social d'éducation familiale et ménagère, des services usuels complets de dépistage et de prophylaxie (enfance, tuberculose, maladies vénériennes, *hygiène mentale*, etc.), et un centre de diagnostic pour examens systématiques, soulève de nombreuses questions pratiques, de budget, d'équipement moderne et complet, de rapports avec les médecins du voisinage, de mode de désignation des spécialistes, d'organisation, de direction, etc. D'autant que dans l'esprit de M. Hazemann, cette institution des Caisses d'assurances sociales pourrait être étendue par une formule nouvelle aux accidentés du travail, réformés de guerre, victimes civiles de guerre, etc., contribuant ainsi dans un plan de grands équipements nationaux à perfectionner l'armement sanitaire du pays et à favoriser les recherches scientifiques d'intérêt pratique.

D'autres points de détail sont encore abordés par l'auteur dans cette importante étude, aussi intéressante au point de vue social qu'au point de vue de l'exercice de la médecine, et qui nous a paru devoir être particulièrement signalée à nos lecteurs pour le concours qu'elle vise à apporter à l'organisation en France de l'hygiène et de la prophylaxie mentales (1).

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Expertise d'un cas d'artériosclérose cérébrale en corrélation avec un accident, par Benno DUKOR (de Bâle). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, tome XLIX, fascicule 1/2).

L'auteur expose le cas d'un homme de 63 ans, accidenté du travail, ayant perdu plusieurs doigts. Traitement terminé, le malade, resté infirme de la main, présenta des troubles psycho-nerveux. Il dut abandonner sa profession et un psychiatre diagnostiqua une artériosclérose cérébrale. Le malade étant assuré, une commission d'arbitrage dut déterminer si, et dans quelle mesure, l'accident est cause de l'artériosclérose cérébrale, et dans quelle mesure le traumatisme psychique peut entrer en ligne de compte pour l'établissement du taux de l'indemnité d'invalidité. Elle établit que, s'il est probable que l'affection psychique existait déjà à l'état latent avant, il n'en est pas moins vrai que l'accident a provoqué des manifestations actives de cette affection, qui aggrava l'incapacité de travail. Le tribunal a adopté ces conclusions.

O. FOREL.

(1) Voir *Annales médico-psychologiques*, mars 1943, pages 320, 321, 326.

Publicité inopportune de l'internement par le mandataire « ad litem » dans les ventes sur licitation, par G. DAUMÉZON et L. CASSAN (*Annales de médecine légale*, sept.-oct. 1943).

MM. G. Daumézon et L. Cassan s'élèvent avec raison contre la publicité donnée dans certaines annonces judiciaires de vente sur licitation au fait qu'il s'agit de la vente de biens « de M. X..., domicilié à..., aliéné non interdit, interné à l'hôpital psychiatrique départemental de Y... », aux termes d'un jugement rendu par le Tribunal civil, à la requête de l'administrateur provisoire des biens « des aliénés internés non interdits ».

Prescrite par les articles 958 et suivants du Code de procédure civile, cette publicité donnée à l'internement d'un sujet et à son aliénation mentale est assurément contraire au secret professionnel médical.

MM. G. Daumézon et L. Cassan font, de plus, remarquer que les annonces de vente après saisie ne portent pas la mention « débiteur saisi » ou ne la portent que très rarement. Il y aurait d'aussi bonnes raisons, au moins, pour ne pas indiquer que la vente porte sur des biens appartenant à « M. X..., aliéné interné » !

René CHARPENTIER.

Troubles de la conduite chez un encéphalitique. Considérations médico-légales, par G. HEUYER et P. DESCLAUX (*Annales de médecine légale*, mai-juin 1943).

Observation d'un homme de 25 ans, délinquant récidiviste, atteint d'un début de parkinsonisme post-encéphalitique avec hyperémotivité, instabilité, troubles de l'attention, bradypsychie, préoccupations hypocondriaques. Estimant que le comportement du sujet avait démontré une adaptation sociale suffisante mais que cependant l'état mental pathologique consensitif à l'encéphalite épidémique avait joué un rôle dans les actes faisant l'objet de la poursuite judiciaire, les auteurs ont conclu à la responsabilité atténuée.

Mais ils rappellent que la responsabilité atténuée est au point de vue social une solution fâcheuse et demandent une fois de plus, comme je le demandais en 1906 dans ma thèse de doctorat, sur « les Empoisonneuses » la création de services de sûreté où pourraient être placés pour une durée indéterminée de tels délinquants ou criminels.

A la suite de cette communication, la Société de médecine légale de France a constitué une Commission chargée d'établir un vœu et dont nous avons rapporté dans les *Annales médico-psychologiques* (décembre 1943, page 467) les conclusions demandant que les Pouvoirs publics prennent en considération le projet de loi de protection sociale contre les délinquants mentalement anormaux, déposé au Sénat en 1935.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 8 mai 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai aura lieu le *lundi 22 mai 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 juin 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin aura lieu le *lundi 26 juin 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*, exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *lundi 10 juillet 1944*, à 10 heures *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 octobre 1944*, à 16 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 68.813. — 1944

C.O.A.L. 31.2330. — Dépôt légal : III-1944. — U.O. 4280-14-6-44

